

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Opção em Enfermagem Oncológica

**Articulação de Cuidados para Promover o
Conforto do Doente com Cancro da Mama**

Carla Sofia Cristóvão n.º 3646

2012



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Opção em Enfermagem Oncológica

**Articulação de Cuidados para Promover o
Conforto do Doente com Cancro da Mama**

Carla Sofia Cristóvão n.º 3646

Relatório de Estágio orientado por

Sr.ª Prof.ª Antónia Espadinha

2012



AGRADECIMENTOS

De uma forma geral, este é o culminar de uma soma de trabalho e dedicação, de objetivos e oportunidades, desde a minha admissão neste Curso de Mestrado. Na minha ótica é, igualmente, o início de uma nova fase, de empenhamento e projetos, essencial na persecução dos meus objetivos profissionais, numa perspetiva de continuidade do trabalho até agora desenvolvido e que não se extingue com o terminar deste curso.

Quero, portanto, transmitir os meus agradecimentos a quem cooperou na concretização deste sonho.

À Sr.^a Enf.^a Espadinha que se disponibilizou para orientar este estágio, pela sua dedicação para ouvir e estar ali, nos momentos mais difíceis da minha vida. Foi sempre uma luz orientadora, aconselhando-me no caminho a seguir e estimulando sempre a sua persecução;

À Sr.^a Enf.^a Dulce Crespo pelo apoio e disponibilidade para conversar comigo, mesmo nas horas mais atarefadas, pelas suas valiosas sugestões na orientação do meu percurso;

A todos os profissionais dos serviços por onde passei, que, com paciência, me explicaram os objetivos e a dinâmica de cada local;

À minha colega do Núcleo de Senologia, por ter sempre uma palavra amiga nas horas de maior ansiedade, estando sempre ao meu lado em toda esta caminhada;

Aos meus pais, pela sua presença constante e tempo para colmatarem as minhas ausências em casa, ficando com o meu filho e cuidando dele com o maior carinho;

Ao meu marido, pelo seu apoio e paciência para ajudar no alcançar de algo que tanto desejei;

Ao meu filho, Daniel, pela sua infinita compreensão pelos meus períodos de ausência e que não usufruiu, como merecia, do tempo de estar com a sua mãe.

A todos o meu MUITO OBRIGADA

RESUMO

A articulação de cuidados é um conceito-chave entre os diversos prestadores de cuidados a nível intra-hospitalar, assumindo significativa importância na assistência integral, individualizada, participativa e continuada, centrada nas necessidades dos doentes. Agiliza e facilita o percurso do doente e promove maior qualidade nos cuidados, com uma utilização de serviços de forma coordenada, contínua, eficiente e multiprofissional, na procura constante da excelência no cuidar.

Foi reconhecida uma insuficiente articulação de cuidados entre o Núcleo de Senologia e o Serviço de Internamento, pelos enfermeiros envolvidos na prestação de cuidados ao doente com cancro da mama, com repercussões na segurança e qualidade dos cuidados prestados. Estas inconsistências refletem-se na descontinuidade de cuidados, pelo atraso ou inexistência de acesso à informação, falhas nos registos, duplicação de informação e resolução de problemas adiados. Em acréscimo, tem efeitos devastadores para o doente, provocando desconforto, ansiedade e insegurança no seu percurso.

Como tal, este projeto emergiu da necessidade de articular os cuidados de enfermagem, com vista à diferenciação dos cuidados de saúde prestados ao doente com cancro da mama ao longo do seu percurso hospitalar. Pretendeu-se garantir a complementaridade dos cuidados e promover sinergias entre os diferentes serviços, para que estes se cumpram numa linha contínua, evitando a descontinuidade da assistência. Utilizou-se como referencial teórico a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba e o processo de aquisição e desenvolvimento de competências segundo Patrícia Benner.

Para a elaboração do relatório, foi realizada uma exaustiva pesquisa bibliográfica, nas Bases de Dados EBSCO e Scielo, cuja busca se revelou pouco enriquecedora para a realização deste trabalho. Houve necessidade de complementar a pesquisa em livros dedicados à problemática do doente oncológico. Esta pesquisa objetivou enquadrar a importância da articulação de cuidados, como resposta à multidimensionalidade e complexidade dos problemas relacionados com a patologia oncológica mamária.

Os ensinamentos clínicos foram essenciais na aquisição e desenvolvimento de competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Permitiu delinear estratégias de intervenção para dinamizar a articulação de cuidados entre o Núcleo de Senologia e o Serviço de Internamento, como a elaboração de uma norma de articulação de cuidados, um guia de orientação à mulher submetida a cirurgia mamária e a esvaziamento axilar e uma *checklist* de ensino e aconselhamento ao doente com cancro

da mama, no sentido de promover a continuidade dos cuidados. Estes instrumentos permitiram implementar estratégias para a orientação do doente com cancro da mama submetido a cirurgia mamária ao longo do contínuo da assistência, com uma resposta integrada, personalizada e holística.

A complexidade desta temática implicou abordagens multidisciplinares e intrainstitucionais, primordiais no tratamento destes doentes, para que os atos dos profissionais não fossem peças isoladas, mas o resultado de uma abordagem integrada. A cooperação com a equipa de enfermagem foi essencial para que a implementação da mudança espelhasse a consciência e a necessidade de cada um de que é fulcral investir na continuidade de cuidados, como forma de proporcionar cuidados de enfermagem de qualidade e o máximo conforto do doente com cancro da mama, através de uma efectiva articulação de cuidados.

Palavras-chave: articulação de cuidados; continuidade de cuidados; cancro da mama; doente oncológico.

SUMMARY

The articulation of care is a key concept among different care providers at inter-hospital level's, assuming significant importance in comprehensive care's, individualized, participatory and continuous, focused on the needs of the patients. Speed and easily routed to the patient in providing a higher care quality, using the services in a coordinated, continuous, efficient and multidisciplinary way, in constant search for excellence in care.

It was recognized insufficient coordination of care between the Core of Senology and the Internment Unit, from the nurses involved in providing care to patients with breast cancer, affecting the security and quality of the provided care. These inconsistencies are reflected in the discontinuity of care, due to late or non-existence of access to information, gaps in records, duplication of information and solving postponed problems late. In addition, it has devastating effects for the patient, causing discomfort, anxiety and insecurity on his route.

As such, this project emerged from the need to articulate nursing care in order to differentiate the health care provided to patients with breast cancer throughout their hospital journey. It was intended to ensure complementarity of care and promote synergies between different services, to enable them to comply with a continuous line, avoiding the discontinuity of care. Was used as a theoretical reference the Comfort Theory by

Katherine Kolcaba and the process acquiring and skills development according to Patricia Benner.

For the development of the report, was performed an exhaustive literature search in EBSCO Databases and Scielo, whose search turned out poor for this work. There was necessary for additional research in books devoted to the problematic of cancer patient. This study aimed to frame the importance of coordination of care, in response to the multidimensionality and complexity of problems related to the breast cancer pathology.

The clinical teachings were instrumental in acquiring and developing skills as a Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing. Allowed intervention strategies to streamline the coordination of care's between the Core of Senology and the Internment Unit, as the preparation of a joint standard of care, a guideline to women subjected to breast surgery and axillary dissection and a teach-checklist and counseling the patient with breast cancer, in order to promote continuity of care. These instruments allowed implementations' strategies to guide the patient with breast cancer undergoing breast surgery along the continuum of care, with an integrated, personalized and holistic assistance.

The complexity of this issue led multidisciplinary and intra-institutional, essential in the treatment of these patients, so that the professional acts were not isolated pieces, but the result of an integrated approach. The cooperation with the nursing staff was essential for the implementation of change mirrored the awareness and need for each one that is fundamental to invest in the continuity of care, as a way of providing quality nursing care and maximum comfort to the patient with breast cancer, through an articulation effective care.

Keywords: articulation of care; continuity of care; breast cancer; cancer patient.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 0. INTRODUÇÃO..... | 9 |
| 1. QUADRO CONCEPTUAL..... | 19 |
| 1.1 Impacto do cancro da mama no doente e família | 19 |
| 1.2 Articulação e continuidade de cuidados: conceitos essenciais no percurso do doente | 21 |
| 2. O CAMINHO PERCORRIDO | 28 |
| 2.1 Clínica da Mama de uma Instituição Hospitalar da Especialidade | 28 |
| 2.2 Serviço de Internamento e de Consulta Externa de um Hospital Distrital na área de Setúbal..... | 45 |
| 2.3 Questões éticas | 57 |
| 3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA..... | 60 |
| 4. BIBLIOGRAFIA..... | 64 |
| APÊNDICES..... | 71 |
| Apêndice 1 - Reflexão 1 | |
| Apêndice 2 - Reflexão 2 | |
| Apêndice 3 - Base de Dados da CLIMA - Doentes submetidos a Quimioterapia | |
| Apêndice 4 - Registos de Enfermagem da CLIMA - Doente submetida a Quimioterapia | |
| Apêndice 5 - Reflexão 3 | |
| Apêndice 6 - Questionário aplicado no Serviço de Internamento | |

- Apêndice 7 - Sessão de Informação Núcleo de Senologia – Uma realidade num Hospital Distrital na área de Setúbal
- Apêndice 8 - Divulgação da Sessão de Informação
- Apêndice 9 - Plano de Sessão
- Apêndice 10 - Panfleto Guia de Orientação à Mulher Submetida a Cirurgia Mamária
- Apêndice 11 - Panfleto Guia de Orientação à Mulher Submetida a Esvaziamento Axilar
- Apêndice 12 - Panfleto Núcleo de Senologia
- Apêndice 13 - Panfleto Biópsia Mamária
- Apêndice 14 - Panfleto Biópsia do Gânglio Sentinela
- Apêndice 15 - Panfleto Guia de Orientação à Mulher Mastectomizada
- Apêndice 16 - Panfleto Guia de Orientação à Mulher Submetida a Radioterapia
- Apêndice 17 - *Checklist* de Ensino ao Doente com Cancro da Mama
- Apêndice 18 - Guia Orientador da utilização da *Checklist* de Ensino ao Doente com Cancro da Mama
- Apêndice 19 - Procedimento Sectorial
- Apêndice 20 - Folha de Avaliação Inicial de Enfermagem do Núcleo de Senologia

SIGLAS

CHBM, EPE - Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE

EONS - European Oncology Nursing Society

JCI - Joint Commission International

OMS - Organização Mundial de Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

PNS - Plano Nacional de Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SIECE - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem

0. INTRODUÇÃO

O cancro constitui um dos flagelos da atualidade, com estatísticas assustadoras, que o tornam, inquestionavelmente, um dos principais focos de reflexão na realidade nacional e internacional. Considerado uma das dez principais causas de morte no Mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008), o cancro tem uma pesada conotação, associada a dor, sofrimento e morte. É das doenças mais temidas da Humanidade pelo elevado número de vítimas que fez e continua a fazer, ao longo do tempo.

O cancro de mama é o tumor maligno mais frequente nas mulheres, com cerca de 1,38 milhões de novos casos diagnosticados em 2008 e a principal causa de morte por cancro feminino a nível mundial (OMS, 2008). A mesma fonte refere que em Portugal, surgem 5333 novos casos anuais, colocando o cancro da mama em 1º lugar em termos de incidência e em 2º em termos de mortalidade. Tem ocorrido alterações das características da doença oncológica, resultantes dos avanços da área da medicina, biologia, genética e tecnologia, deixando de ser uma doença quase sempre mortal em curto espaço de tempo. A combinação de uma elevada incidência e de um prognóstico favorável, fez com que a sua prevalência a cinco anos fosse de 5.2 milhões de sobreviventes a nível mundial (OMS, 2008). Evoluiu, portanto, para uma doença crónica que progride com grandes períodos de sobrevivência, associada a um aumento da esperança de vida da população, que advém do diagnóstico precoce, acréscimo de informação, maior eficácia e adequação dos próprios tratamentos, utilizados de forma multidisciplinar, e, cada vez mais, com cura clínica (Lunet, 2007; Pinheiro, 2000). Obviamente que a cronicidade da doença implica períodos mais extensos de tratamento, vigilância e follow-up, bem como cuidados de saúde especializados, pelo que é indispensável a definição de uma política de continuidade de cuidados que assegure cuidados de excelência, associada a uma melhoria da qualidade de vida.

Estas mudanças têm implicações profundas nos serviços de saúde, nomeadamente no atendimento ao doente oncológico e sua família, pelo que tem sido reconhecida a necessidade de enfermeiros especializados para prestar cuidados cada vez mais complexos. Na opinião de Phipps, Sands e Marek (2003), a Enfermagem Oncológica é um desafio à criatividade, pelo seu impacto e pela multiplicidade dos contornos da doença, diversidade de opções terapêuticas em constante evolução, a par da representação social da doença oncológica.

Neste contexto, a problemática da mulher com cancro da mama surge com repercussões a vários níveis, afetando o equilíbrio físico e emocional, provocando alterações na vida pessoal, familiar e social. Segundo Dias et al., este tipo de cancro "desagrega o funcionamento biopsicossocial da doente, conduzindo à necessidade de readaptação das suas vivências intrapsíquicas, uma vez que se trata de uma doença potencialmente mortal, que estigmatiza a doente enquanto mulher" (2002, p.304). Como na generalidade das doenças oncológicas, o prognóstico é incerto e os tratamentos agressivos, originando mutilações físicas e psíquicas, por vezes, irreversíveis.

O Núcleo de Senologia é um exemplo de sectorização num Hospital Distrital na área de Setúbal, instituição onde trabalho há doze anos. Assenta numa preocupação crescente de ser reconhecido como um centro de referência, com o desígnio de tratar o doente com cancro da mama numa visão holística e integradora, cujos principais objetivos são prestar um serviço de excelência no diagnóstico e na estratégia terapêutica adequada que traduza o estado da arte; a multidisciplinaridade na tomada de decisão e o cumprimento dos prazos seguros nas etapas de diagnóstico, programação, terapêutica e acompanhamento. O tratamento do cancro da mama segue, assim, as *guidelines* mais atualizadas, em que a qualidade de vida do doente com cancro da mama tem merecido especial atenção (Manual da Qualidade, 2010). Segundo os dados do Núcleo de Senologia, no ano de 2011, foi assegurado o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de cerca de 140 doentes com cancro da mama, tendo sido operadas 111 mulheres devido a esta patologia. No entanto, verificou-se um acréscimo de tumores localmente avançados, pelo que até ao fim do ano de 2011, cerca de 25 doentes estavam a aguardar terminar os tratamentos neoadjuvantes para serem submetidas a cirurgia. Nesse mesmo ano, iniciou-se, igualmente, a convocatória de doentes mastectomizadas há pelo menos dois anos, para cirurgia de reconstrução mamária, pelo que tem ocorrido um aumento exponencial de cirurgias realizadas, exigindo maior investimento e acompanhamento destes doentes por todos os profissionais envolvidos.

A experiência profissional como enfermeira responsável no Núcleo de Senologia, integrando uma equipa multidisciplinar, foi um fator essencial na tomada de consciência sobre as necessidades dos doentes com cancro da mama. Estes expressam, frequentemente, que se sentem perdidos com sentimentos de medo, desconfiança e incerteza perante o desconhecido, no período que antecede o internamento para cirurgia. Estes sentimentos estão de acordo com Otto (2000), que reconhece a hospitalização

como uma experiência de *stress*, devido à separação da família e perda do sentido de controlo. A imposição da redução das listas de espera para cirurgia contribui para esta inquietação, pois esta exigência reflete-se na redução do tempo de internamento dos doentes, na falta de tempo no seu acolhimento e na preparação da alta, por parte dos profissionais. Como resultado, quando regressam à consulta no Núcleo de Senologia, os doentes referem a sensação de desamparo na alta, revelam insegurança e sentem-se pouco informados aquando do regresso a casa. Em consonância, Pereira e Lopes referem que no momento da alta, há um sentimento de alívio, contudo, a "desvinculação dos tratamentos e dos profissionais pode ser vivida com alguma insegurança, receio e ansiedade" (2005, p.48).

Esta falha na articulação entre o Núcleo de Senologia e o Serviço de Internamento, já tinha sido reconhecida pelos enfermeiros envolvidos na prestação de cuidados, identificando-se os fatores causais. Constatou-se que no período pré-operatório, a falta de oportunidade para o doente realizar visitas ao Serviço de Internamento, assim como a pouca informação disponibilizada aos doentes e familiares acerca desse serviço, no sentido de desmistificar medos, também contribui para esta situação. Carapinheiro refere que se os doentes tiverem conhecimento dos espaços, do tempo dos procedimentos e dos circuitos hospitalares, "permite-lhes fazer a desmontagem dos mecanismos que compõem o aparato hospitalar (...) dando-lhe acesso a uma representação inteligível do funcionamento hospitalar" (2005, p. 45). Em consonância, autores como Potter e Perry (1999) e Dias (1997) defendem que durante o processo de transferência, se o doente e família forem informados acerca da situação, possibilita que estes se sintam menos ansiosos, ajuda a diminuir o seu isolamento e medos, reduz a incerteza, favorece a participação nas tomadas de decisão, o processo de *coping* e envolvimento no processo de tratar/cuidar, mobiliza os seus recursos e capacidades de enfrentar a situação.

A reduzida partilha de informação entre pares e a inexistência de um enfermeiro responsável pelo acolhimento destes doentes no internamento, são fatores que dificultam a correta articulação de cuidados. Segundo Vieira, o enfermeiro, pela sua permanência constante ao lado do doente/família nas várias etapas do percurso terapêutico e na identificação das suas necessidades, tem "...um conhecimento mais íntimo e profundo das suas angústias, dos seus medos, dos seus problemas particulares, (...) tem uma visão mais espontânea, mais directa e mais completa da realidade do doente..." (2007, p. 146). Esta perspetiva é partilhada por Oriá, Moraes e Victor, que aludem ao facto de que

o enfermeiro é “o facilitador na promoção do bem-estar bio-psico-sócioespiritual e emocional do cliente, conduzindo-o às melhores formas de enfrentamento do processo de hospitalização” (2004, p.293). Na partilha de informação, os registos de enfermagem assumem um papel primordial. Embora estes sejam realizados em suporte informático no Núcleo de Senologia, não são disponibilizados às equipas de enfermagem do internamento, servindo unicamente para assegurar a continuidade dos cuidados na equipa do Núcleo. A Joint Commission International (JCI) estipula, no entanto, que sendo o processo clínico uma fonte primária de informação, para que “possa ser útil e sustente a continuidade dos cuidados, é necessário que esteja disponível e actualizada durante os cuidados de internamento, as visitas do ambulatório, (...) disponíveis a todos os prestadores de cuidados” (2005, p.29). Perante estas diretrizes, existe uma não conformidade relativamente aos registos, não permitindo uma continuidade de cuidados entre o serviço de internamento e o Núcleo de Senologia aquando do internamento do doente. Esta dificuldade é, igualmente, sentida na alta hospitalar, pois os registos atuais da Carta de Alta são insuficientes na compreensão da evolução do doente ao regressar ao Núcleo. Neste sentido, Potter e Perry referem que o planeamento da alta bem sucedido deverá ser “um processo centralizado, coordenado, multiprofissional, que assegura ao cliente um plano para a continuidade do cuidado depois de deixar o hospital” (1999, p.62).

Estas incongruências acima referidas, no seu conjunto, repercutem-se na descontinuidade de cuidados, pelo atraso ou inexistência de acesso à informação e falhas nos registos, duplicação de informação e resolução de problemas adiados. Em acréscimo, revela-se em efeitos devastadores para o doente, no sentido em que provoca desconforto, ansiedade e insegurança no seu percurso, potencia o medo do ambiente desconhecido pela falta de articulação e acompanhamento dos profissionais. O Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (PNS, 2010) sublinha que esta utilização de serviços é desarticulada e ineficiente, com pouca ligação às reais necessidades destes doentes e seus familiares, no percurso do tratamento, comprometendo a qualidade dos cuidados. Martins reporta-se a esta realidade referindo que “é fundamental o adequado funcionamento e articulação dos elementos que mais directamente cuida do doente...” (2004, p.190), assegurando a continuidade de cuidados, pelo que a articulação de cuidados intra-hospitalares imprescindível no percurso hospitalar do doente oncológico com cancro da mama, revela-se como área problemática. Como tal, este projeto germinou da perceção da insuficiente

articulação de cuidados entre os profissionais que acompanham o doente com cancro da mama no seu percurso hospitalar, com repercussões na segurança e qualidade dos cuidados prestados.

A necessidade de reestruturar o funcionamento do Núcleo de Senologia, constituiu-se como uma inquietação no decorrer da minha atividade profissional, mediante o aumento da afluência de doentes com esta patologia e a multiplicidade e diferenciação dos cuidados prestados a estes doentes na atualidade. No âmbito do 2º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica, mais concretamente no 3º semestre na Unidade Curricular de Estágio, surgiu a oportunidade de desenvolver competências de Enfermeiro Especialista numa área específica. Dado que desde há muito tempo sentia necessidade de melhorar e incrementar mudanças nesta área, decidi ter como fio condutor a temática da “Articulação de Cuidados para promover o conforto do doente com cancro da mama”. Todo o percurso efectuado ao longo do estágio, quer pelas experiências em ensino clínico quer pelas reflexões sobre a prática, nomeadamente através do seu registo, revelaram-se fundamentais para a aquisição e desenvolvimento de competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Tendo em conta que os doentes necessitam da promoção do seu conforto, o meu percurso de estágio foi baseado em Katherine Kolcaba. A Teoria do Conforto, ao apreender o conforto como holístico, não se resumindo apenas a uma dimensão da pessoa, constitui-se como um aspeto facilitador na construção de modelos de intervenção adaptados às necessidades dos doentes e das suas famílias na doença oncológica, para que os cuidados sejam eficazes e tragam maior conforto a todos os intervenientes da equipa multidisciplinar. Para Kolcaba, Tilton e Drouin (2006), fornecem uma orientação no desenvolvimento de *guidelines* fundamentais para a melhoria da qualidade nos cuidados, com a introdução de intervenções de conforto, que corrobora a minha forma de atuar perante esta problemática. Surge assim como um *outcome* que é mensurável, holístico, positivo, visão inteiramente interligada na génese e filosofia da enfermagem, em que ajudar o outro a alcançar o máximo de autonomia, promovendo um bem-estar físico, psíquico, sócio e cultural é primordial.

A importância atribuída à articulação de cuidados não se extingue nas pessoas envolvidas, uma vez que a instituição se encontra em processo de acreditação, incorporando as normas de acreditação da JCI. Neste sentido, a norma Acc.2 “a

organização cria e implementa processos que garantam a continuidade dos serviços de cuidados prestados ao doente na organização e a coordenação entre os profissionais de saúde” (2005, p.27), preconiza que os cuidados prestados ao doente se apresentem sem interrupções, tendo em vista a segurança, a estabilidade e a facilitação do percurso terapêutico. Manter pontos de referência, conceber e implementar processos de continuidade e coordenação de cuidados entre os prestadores de saúde, mantem-se como fundamental, indo de encontro a esta problemática.

Atendendo ainda ao PNS 2011-2016 (2011a, p.17)

“a mudança no conceito de resultados aliada à crescente hiper-especialização, vieram induzir (...) a necessidade do trabalho em equipa, única forma de permitir a diferenciação, mas também a multidisciplinaridade. Os resultados estão dependentes da actuação destas equipas, mas também da forma como se articulam entre si, da eficácia organizacional, da liderança e da experiência.”

O Código Deontológico dos Enfermeiros, art. 83, relativo ao Direito ao Cuidado, enfatiza, igualmente, que o enfermeiro deve assegurar a orientação da pessoa para outros profissionais de saúde quando o problema ultrapasse a competência profissional e assegurar a continuidade dos cuidados, desenvolvendo competências e estratégias na transmissão eficaz da situação da doente, com registo das observações e intervenções realizadas, numa visão holística, para minimizar o estado de ansiedade, tanto da pessoa como da sua família (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2009b).

Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados (OE, 2002), existe referência a esta problemática, na prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado e readaptação funcional. O enfermeiro deve identificar os problemas do doente, prescrever intervenções adequadas e referenciar as situações problemáticas para outros profissionais, permitindo a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem.

E é nesse contexto, que a articulação entre os diversos prestadores de cuidados a nível intra-hospitalar assume significativa importância, assegurando um acompanhamento contínuo numa perspetiva multidisciplinar, entre o Núcleo de Senologia e o internamento. A complexidade desta temática necessita de intervenções direcionadas para o bem-estar físico, emocional, familiar e social, assente numa continuidade de cuidados que permita a orientação do doente no seu trajeto de forma eficiente, coordenada e multiprofissional, como forma de amenizar e facilitar o seu percurso. Esta intervenção terapêutica assenta na relevância de disponibilizar cuidados de enfermagem especializados, centrados nas

necessidades da pessoa/família, pressupondo o desenvolvimento de competências específicas na prestação de cuidados ao doente oncológico.

Ao abranger os cuidados numa perspetiva integradora e holística, a minha intervenção só faz sentido perante a minha visão de Cuidar do doente e família. Benner (2001), afirma que no processo de aquisição e desenvolvimento de uma competência, o profissional passa por diferentes níveis de competência, como o resultado das mudanças introduzidas no seu desempenho. Este facto impulsiona-o a uma modificação gradual, do nível de desempenho competente de um principiante/iniciado até ao perito (Benner, 2001). Para esta autora, o conhecimento teórico (Saber) é essencial na orientação dos enfermeiros na identificação de situações clínicas e na sua resolução. No entanto, só o Saber Fazer através da experiência, pelo saber adquirido em situações passadas concretas que mudaram a perceção da enfermeira, permite a evolução e transformação desse conhecimento (Saber), a aquisição de novas competências e a capacidade de interpretar e resolver novas situações. Este processo conduz à perícia, a qual torna possível a interpretação atempada e correta das situações clínicas, com tomada de decisões complexas e possibilita o progresso da prática e da ciência da enfermagem.

Neste contexto, cuidar e promover o conforto dos doentes com cancro da mama e suas famílias envolve um compromisso e um envolvimento inerente à prática de enfermagem. O estágio possibilita-me, na perspetiva de Benner (2001), a aquisição e desenvolvimento de competências específicas, pela experiência e interpretação dessa mesma experiência, o que me leva a aprender e consolidar os conhecimentos com a prática reflexiva.

Para Fortin, “uma preocupação, um mal-estar em relação a uma situação concreta não tem sentido senão no interior de uma problemática bem definida e bem estruturada” (1999, p. 61), pelo que inerente a este processo surge a questão orientadora, que “servirá agora de pano de fundo à elaboração do problema...” (1999, p. 61) Por lidar diariamente com esta problemática surgiu-me a questão:

- Que estratégias utilizar para promover a articulação de cuidados entre o Núcleo de Senologia e o Serviço de Internamento, visando a excelência dos mesmos no acompanhamento do doente com cancro da mama?

Na sociedade atual, em constante evolução e mutação, as exigências e as solicitações feitas aos enfermeiros ao nível de competências técnicas, conceptuais e relacionais, são uma realidade. Tal é exposto no Código Deontológico dos Enfermeiros, art. 88 relativo à Excelência do Exercício “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e

utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas” (OE, 2009b, p.5). Assim, pressupõe-se que desenvolver competências clínicas especializadas em formação complementar, garante que o Enfermeiro Especialista é detentor de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que vai aplicando no contexto da prática clínica, sendo o estágio curricular uma componente fundamental assegurada no Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Tal permite aos discentes colocar em prática um manancial de conhecimentos adquiridos de uma forma teórica, por um lado, e adquirir as competências essenciais como preconizado no R.E.P.E., que define o Enfermeiro Especialista como aquele “...a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (1998, p.3). A OE, no Modelo de Desenvolvimento Profissional - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) refere, ainda, que o Enfermeiro Especialista deve ter em conta “as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão...” (OE, 2009a, p.10). Ao apropriar-se “de um domínio específico de Enfermagem, reforça a visão holística e contextual da pessoa e potencia a adequação da resposta face à especificidade das necessidades em cuidados de Enfermagem” (2009a, p.5), em que “a prática clínica é a actividade nuclear do enfermeiro especialista e implica competências especializadas adequadas às necessidades específicas da pessoa...” (2009a, p.6).

Neste âmbito, o SIECE, à semelhança do “Core Curriculum” da European Oncology Nursing Society (EONS, 2005), emerge como uma estratégia na contribuição para a excelência dos cuidados de enfermagem e “assenta na necessidade de disponibilizar cuidados diferenciados de qualidade, centrados nas necessidades da pessoa / família e prestados por enfermeiros especialistas certificados” (OE, 2009a, p.3).

Embora no meu percurso profissional tenha desenvolvido competências nesta área, vislumbro ainda um longo caminho a percorrer, sendo os estágios parte integrante desse percurso, como proposto pela OE (2010) através do Modelo de Desenvolvimento Profissional, que defende o exercício profissional tutelado numa busca constante pela excelência dos cuidados. Pretendi pois, com a realização deste curso, como futura Enfermeira Especialista na área de Oncologia, atingir o nível de Enfermeira Perita. Como

refere Benner (2001), o conhecimento prático tem um significado integrante para a competência profissional e é essencial para garantir a excelência do cuidar, com repercussões na recuperação do doente, na prevenção de complicações, na redução do tempo de internamento e no reconhecimento do papel do enfermeiro. A aquisição de competências específicas nesta área de intervenção para uma prestação de cuidados de qualidade crescente, diferenciados e centrados nas necessidades a doentes com esta patologia, assim como o assumir de um papel preponderante e dinamizador na equipa multidisciplinar e multiprofissional torna-se imprescindível na realidade atual.

Tendo em consideração o acima exposto, como futura Enfermeira Especialista, pretendo desenvolver competências que me permitam ser uma profissional que:

- Age como perito na prestação de cuidados de enfermagem diferenciados e especializados de qualidade a doentes com cancro da mama e sua família, numa perspetiva holística, baseando a minha *praxis* clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;
- Assume um papel ativo nas equipas profissional, multiprofissional, multidisciplinar e multissetorial, em contexto hospitalar, visando a continuidade e a excelência desses cuidados à pessoa com cancro da mama e sua família;
- Implementa estratégias de mudança que promovam cuidados de qualidade e tragam maior satisfação a todos os intervenientes, utilizando modelos de intervenção adaptados à realidade das necessidades sentidas;
- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
- Gere os cuidados, promovendo a resposta da equipa de Enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional, visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Refletindo acerca das unidades de competência respetivas, considero que estas são pertinentes, pois apresentam-se como transversais à minha realidade profissional atual, assente numa abordagem holística do doente com cancro da mama, com o objetivo de maximizar a sua qualidade de vida e diminuir o seu sofrimento, no seu percurso hospitalar, assegurando cuidados de excelência, com o sustentado pela OE.

Tendo em consideração o exposto e para adquirir as competências já descritas, defini como objetivos gerais:

- Aprofundar conhecimentos na área dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica ao doente com cancro da mama;

- Desenvolver estratégias que permitam dinamizar a articulação de cuidados entre o Núcleo de Senologia e o Serviço de Internamento, pelo aperfeiçoamento de competências que permitam assumir um papel ativo na parceria com a equipa de enfermagem e multidisciplinar, visando a maximização da qualidade dos cuidados e o conforto do doente com cancro da mama.

Assim sendo, deseja-se que a articulação de cuidados venha a constituir um dos parâmetros da qualidade dos cuidados ou possibilite a avaliação da mesma. Através da sua correta aplicação e uso, pretende-se que promova uma melhor comunicação, uma contínua partilha de cuidados de saúde entre profissionais de enfermagem e melhore as estratégias dos serviços, com vista à aquisição de um grau mais elevado de eficiência nas ações de enfermagem e de satisfação de todos os intervenientes no processo.

Para desenvolver competências e atingir estes objetivos, uma das atividades selecionadas foi a execução de Ensinos Clínicos em serviços considerados de referência nesta área do cuidar e no serviço onde exerço funções, com a finalidade de iniciar o processo de mudança o mais cedo possível. Os serviços escolhidos foram:

- Clínica da Mama de uma Instituição Hospitalar da Especialidade
- Serviço de Internamento de um Hospital Distrital na área de Setúbal
- Serviço de Consulta Externa de um Hospital Distrital na área de Setúbal

O Ensino Clínico decorreu de 03 de Outubro de 2011 a 17 de Fevereiro de 2012, sob orientação, supervisão pedagógica e coordenação das actividades da Senhora Professora Antónia Maria Espadinha. Relativamente à organização do relatório, seguindo uma metodologia descritiva, procedo a uma abordagem da problemática, contextualizando-a na minha prática profissional. Segue-se o quadro conceptual, em que através de uma revisão bibliográfica procuro demonstrar "...a teoria que melhor explica os factos observados, delimitar os conceitos aos quais estes apelam e as relações que os caracterizam" (Fortin, 1999, p.73), assente na Teoria do Conforto de Kolcaba e no processo de aquisição e desenvolvimento de competências de Benner. A terceira parte corresponde às atividades desenvolvidas e competências adquiridas no decorrer do estágio e a uma reflexão cientificamente fundamentada sobre as mesmas. Por último, nas considerações finais, apresento uma apreciação global de todo o ensino clínico e a implicação prática do mesmo na mudança no meu contexto de trabalho, salientando os aspetos considerados mais relevantes e as dificuldades sentidas, seguido dos apêndices.

1. QUADRO CONCEPTUAL

Os desafios com que a Saúde Portuguesa se depara, no que respeita ao crescimento da procura e prestação dos cuidados e restrições económicas, nomeadamente na área de Oncologia, exigem uma estrutura adequada relativamente aos recursos humanos e materiais e a um processo constante de avaliação. No momento presente, marcado pelo domínio de determinadas profissões sobre outras, pela crescente especialização e resultante fragmentação do saber e do próprio ser humano, exige-se redimensionar o nosso olhar e visitar as práticas, para apreender o ser humano de forma integral.

O indivíduo doente deve, pois, ser observado como pessoa e não como um problema, com o direito de usufruir de cuidados de qualidade. É inquietante a subsistência de situações geradoras de conflito e ansiedade, quer nas equipas de saúde quer nos doentes e família, pela incorreta articulação de cuidados e consequente efeito da descontinuidade dos mesmos nos doentes.

O contributo da enfermagem na dimensão do problema e o desafio urgente que este coloca a todos os enfermeiros, revela-se primordial. A garantia da qualidade dos cuidados pressupõe um trabalho especializado, com aplicação de estratégias concertadas para o tratamento multidisciplinar do doente oncológico. A partilha da responsabilidade, de conhecimentos e de experiências e o concentrar de esforços, asseguram que as transições entre os vários profissionais e serviços são respeitadas, coordenadas e eficientes. Obtém-se, deste modo, maior qualidade e equidade de cuidados, ganhos de eficácia e eficiência e satisfação dos profissionais, ao longo do percurso do doente oncológico.

Segundo a EONS (2005), a formação especializada é reconhecida como uma condição determinante no cuidar do doente oncológico, para atender às necessidades diversas e complexas com que os doentes e suas famílias se deparam, com ênfase em abordagens multidisciplinares e multiprofissionais.

1.1 Impacto do cancro da mama no doente e família

A doença oncológica constitui uma ameaça à vida e à integridade da pessoa, assumindo uma dimensão especial associada a doença sem cura, que conduz ao sofrimento e a uma morte precoce. Carapinheiro refere-se ao cancro como uma desordem, em que o sentir da vida passa a ser regulado pelo medo e "pela luta desesperada pela conservação

de um tempo vivido em suspenso", emergindo sentimentos ambivalentes entre "a revolta e a resignação, entre a cedência e a resistência, entre a esperança e a entrega à fatalidade" (2002, p. XV).

Nesta perspetiva, uma panóplia de sentimentos invade o quotidiano do doente e da sua família, com reações diversas, dependendo de cada pessoa, na sua unicidade. Pereira e Lopes (2005) referem-se ao diagnóstico como uma fase em que se vive níveis elevados de ansiedade e preocupação, devido à gravidade da doença, entrando numa fase de choque, apatia e negação e, depois, de descrença, medo, revolta, tristeza, culpa, depressão e exaustão. Conhecido o diagnóstico e iniciado o processo de aceitação, as dúvidas relativas aos tratamentos e suas consequências ameaçam invadir a mente dos doentes. Estes sentem-se vulneráveis e desamparados e, segundo Dias et al., "este misto de sentimentos conduz a uma crescente dificuldade de enfrentar a problemática em questão" (2002, p.304). Para Silva, a hospitalização e a cirurgia, como consequência da doença, são "uma ameaça às necessidades individuais de segurança e identidade, sujeitando-se o doente a um *stress* psicológico ou ansiedade" (2010, p.23). O agravamento pela representação social da doença e o facto de se encontrar rodeado de pessoas completamente desconhecidas, numa situação de crise, fazem com que ocorram reações comportamentais tais como raiva, negação, culpa, vergonha e o medo do desconhecido. Para esta autora, o acolhimento é essencial neste período, é o começo de uma relação que se pretende de ajuda, que se inicia no momento da admissão do doente e prossegue no dia-a-dia. Sendo a fase em que o doente está mais vulnerável, este é um momento crucial e determinante na relação enfermeiro/doente, na adaptação à sua nova situação, no modo como percebe a patologia e o tratamento e decisivo para que se sinta confiante e seguro. O enfermeiro tem um papel primordial ao realizar "um atendimento que considere o doente de uma forma holística, nas suas componentes biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, encarando o doente como uma pessoa" (Silva, 2010, p.36). Esta atitude possibilita estabelecer uma relação de confiança facilitadora da hospitalização, num ambiente de apoio e compreensão.

O momento da alta hospitalar, é um acontecimento que contribui para a ocorrência de situações de vulnerabilidade, incerteza, sensação de desamparo, receio e desconforto. Como tal, segundo Santos, a interacção entre enfermeira e doente, "favorece a capacidade de enfrentamento, a promoção e a participação nos cuidados de forma partilhada (...) permite o preparo para a alta e o estabelecimento, principalmente, do

cuidado continuado com a perspectiva de adesão da mulher ao acompanhamento multiprofissional” (2010, p.677). O planeamento antecipado da alta, conforme referem Pontes e Araújo (2007), assegura o acompanhamento do processo de reabilitação do doente, promove a continuidade e a adequação dos cuidados e um pós-operatório menos stressante.

Em suma, apesar de atualmente o cancro ser considerado uma doença com elevadas perspetivas de cura, quando detetado precocemente, não deixa de ser vivido pela pessoa como uma ameaça à sua identidade, à sua integridade física e à sua vida. O doente, perante a inevitabilidade de uma doença crónica oncológica, tem necessidade de adquirir e mobilizar saberes para adaptar os seus estilos de vida, ajustar-se no plano emocional e fazer escolhas, assumindo um papel de guia no cuidado, acompanhado no seu percurso terapêutico.

1.2 Articulação e continuidade de cuidados: conceitos essenciais no percurso do doente

Um dos objetivos do Sistema Nacional de Saúde é aumentar a sua eficácia e eficiência, como missão da organização. A articulação de cuidados surge como uma estratégia para atingir este objetivo. Bilro (2004) define-a como um sistema que admite na sua estrutura diversos serviços, devidamente articulados entre si e que concorrem, cada um com a sua especificidade, para a prestação adequada de cuidados aos doentes. Constitui um dos requisitos fundamentais, enquanto resposta à multidimensionalidade e complexidade dos problemas relacionados com a patologia oncológica e aos atuais desafios que esta coloca, nomeadamente no âmbito da patologia oncológica mamária. Perante esta realidade, são necessárias abordagens multidisciplinares e intrainstitucionais, com a promoção da articulação de atividades, para obter-se uma resposta eficaz a problemas multidimensionais que só podem ser resolvidos com sucesso quando profissionais, com perfis e competências que se complementam e reforçam mutuamente, cooperam ativamente no sentido de desenvolver sinergias, de partilhar perspetivas e objetivos, compromissos e tarefas, competências e recursos.

Nesta ótica, um documento da EQUAL (2006) refere que a definição de um método de trabalho conjunto possibilita a cooperação, complementaridade e sinergia entre indivíduos, visando alcançar um objetivo comum, a prossecução de finalidades, trabalho em rede e otimizar os recursos existentes. Refere, ainda, que ao serem integradas

diferentes perspetivas, viabiliza o complementar de competências, evita a duplicação de ações e favorece as correspondentes complementaridades, de forma a conferir maior eficácia e eficiência às intervenções.

É necessário promover sinergias e garantir a complementaridade dos cuidados, tendo por base uma relação de confiança, de abertura, o compromisso entre as pessoas e os grupos em que se inserem, facilitando a comunicação entre as equipas e a fiabilidade da informação. Embora esta temática seja relevante, a bibliografia consultada não agrega, num só documento, as estratégias a serem implementadas para promover a articulação de cuidados. Assim, mediante uma reflexão das necessidades percecionadas em contexto de trabalho e suportada em vários autores, conclui-se que há que investir em instrumentos que permitam a articulação entre o Núcleo de Senologia e o Serviço de Internamento, como a elaboração de uma norma de articulação de cuidados, um guia de orientação à mulher submetida a cirurgia mamária e a esvaziamento axilar e uma *checklist* de ensino e aconselhamento ao doente com cancro da mama, no sentido de promover a continuidade dos cuidados.

Neste contexto, estes instrumentos permitem implementar estratégias para desenvolver e fornecer um quadro para o diálogo e a ação, tendo em vista a mobilização de todos os intervenientes em torno de um problema e, consequentemente, promover a qualidade na prestação de cuidados de enfermagem, como resultado da satisfação dos diferentes prestadores, através de uma eficaz articulação de cuidados.

Na perspetiva de Oliveira, esta abordagem afirma-se no tratamento multidisciplinar dos doentes com cancro da mama, para que os atos dos profissionais não sejam peças isoladas, mas o resultado de uma atitude concertada que “congrega esforços, possibilitando organização e coordenação quanto às metas a atingir e aos meios mais apropriados para as concretizar, proporcionando um melhor conhecimento da mulher e promovendo a confiança da mesma na equipa” (2004, p.170). Bilro (2004), defende que, deste modo, evita-se a descontinuidade de cuidados que tantos problemas geram no doente. Pretende-se, portanto, proporcionar um conforto holístico, definido por Kolcaba como “a experiência imediata de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental), muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos” (2009, p.254).

A articulação de cuidados é, por conseguinte, um conceito-chave no processo assistencial, desde o diagnóstico até fases avançadas da doença, que requer a coordenação e ininterruptão do serviço. Tem como objetivos agilizar e facilitar o percurso do doente e promover maior qualidade nos cuidados, como evidenciado no documento elaborado pela Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas (2009). Surge como resultado desejável dos cuidados de enfermagem, promovendo a assistência integral, individualizada, participativa e continuada, centra da nas necessidades dos doentes, o que possibilita a multidisciplinaridade e continuidade de cuidados. Este termo é definido por Beatty (1980), citado por Martins (2009), como a totalidade dos cuidados que promovem o mais elevado nível de bem-estar, em todas as fases do *continuum* saúde-doença. Em conformidade, Santos (2002) refere que a sua inexistência pode conduzir, em diversas situações, ao insucesso dos esforços desenvolvidos pela equipa de cuidados e até ao retrocesso da recuperação do doente.

Relativamente aos doentes de cancro da mama, Oliveira (2004), menciona que o seu percurso intrahospitalar é um processo incerto, com a existência de uma série de barreiras, acompanhadas sempre de um elevado nível de ansiedade. Perante este facto, vários autores, nomeadamente Dias (1997), Martins (2004) e Oliveira (2004), destacam a articulação entre os serviços envolvidos na prestação de cuidados como fundamental, perante a necessidade de acompanhamento e contacto prolongado destes doentes com a instituição, sendo a patologia oncológica uma doença crónica.

Numa reflexão realizada por Oriá, Moraes e Victor (2004), estes autores relatam que a perspetiva do internamento desencadeia no doente o medo do desconhecido, pelo uso de uma linguagem técnica e rebuscada que aumenta a sua ansiedade. A inquietação de estar num ambiente estranho de estruturas rígidas, partilhando o mesmo espaço físico com pessoas fora do seu convívio familiar e ainda a preocupação com a sua evolução clínica, são fatores de desconforto. Para Kolcaba “estes medos são chamados de necessidades de conforto e quando eles são aliviados, cada necessidade aliviada é chamada um aspecto de conforto” (2003, p.64). Nesta perspetiva, em consonância com o preconizado na JCI (2005), o enfermeiro, antes do internamento, deve aliviar estes desconfortos e ansiedade e ultrapassar as barreiras existentes, atendendo a aspetos como dar a conhecer o serviço para o qual é referenciado, identificar o profissional que o vai receber, estabelecer um contacto prévio antes da transferência e transmitir a informação necessária de forma clara e operacional. Esta atitude possibilita alcançar o

sentimento de confiança e segurança desejável, tendo por base os esforços para conseguir um acompanhamento continuado. Em consonância, Saraiva destaca algumas medidas como “a informação funcional, sobretudo aquela que diz respeito ao número de visitas, horário de refeições ou informações relativas à identificação da equipa de saúde e outros aspectos relativos à orgânica e funcionamento do serviço” (2003, p.44). Dias (1997) evidencia, ainda, a oportunidade de o doente visitar o serviço de internamento e a entrega do folheto informativo de forma personalizada, como uma estratégia que se tem revelado eficaz no acompanhamento dos doentes nesta fase. Kolcaba, Tilton e Drouin (2006) aludem que uma das vantagens da utilização da sua teoria na melhoria das práticas, revela-se no resultado explícito do conforto holístico para os doentes e famílias, aspeto valorizado por estes durante a sua estadia hospitalar.

No momento da admissão, o doente sente-se desprotegido e desconfortável, pelo que, na perspetiva de Silva (2010), o primeiro contacto com o enfermeiro que o acolhe é determinante na relação futura e na forma como o doente perceciona a doença e o tratamento. Segundo os pressupostos de Kolcaba, “as enfermeiras são as pessoas melhor preparadas para confrontar este isolamento e trazer conforto ao sofrimento (...) o conforto é agradável, positivo, multidimensional e o resultado desejável dos cuidados de enfermagem” (1992, p.1). Em consonância, Costa (2004) menciona que o acolhimento reverte-se em benefícios na satisfação dos doentes, facilita o suporte psicoemocional e a adaptação, minimiza os efeitos negativos do internamento, com maior independência nas atividades de vida, maior conforto e segurança, com identificação de uma pessoa a quem recorrer em caso de necessidade. Também Martins refere que “o doente necessita manter pontos de referência que são indispensáveis para se sentir tratado como um todo, sendo este aspecto fundamental para a prestação de cuidados humanizados” (2004, p. 189).

O planeamento da alta assume especial relevância na atualidade, com diminuição do tempo de internamento em unidades hospitalares, tendo como consequência altas cada vez mais precoces e insegurança no regresso a casa. Como tal, implementar o registo de um plano de alta que garanta a continuidade de cuidados e assegure o conforto e segurança do doente, tendo em conta os recursos do doente e família, é eficaz na redução de readmissões hospitalares e no recurso ao serviço de urgência, melhorando, consequentemente, a satisfação dos doentes e cuidadores. Assim, ser um elemento chave no regresso do doente para o ambulatório hospitalar, após a alta, e articular procedimentos com a restante equipa, é uma das funções mais pertinentes no âmbito

deste projeto, para que os cuidados se apresentem sem interrupções, favorecendo um acompanhamento contínuo no percurso hospitalar.

A multidisciplinaridade inerente a esta patologia exige, ainda, segundo Martins (2004), uma atenção especial à informação prestada ao doente e família, devendo ser coerente e articulada, evitando informações contraditórias. Também o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2009b), no seu artigo 84º - do Dever de Informação, reafirma a necessidade de dar informação à pessoa e família, relativamente aos cuidados de enfermagem, aos recursos a que a pessoa pode ter acesso e como os obter. Como benefícios, Santos (2010) refere que a comunicação terapêutica assegura conforto físico, emocional e espiritual, atende às necessidades do doente em todas as suas dimensões e estimula-o a aprender, entender e a procurar a resolução para os seus desconfortos. Promove, ainda, acessibilidade ao princípio de autonomia, ao consentimento informado, à confiança mútua e à segurança, permitindo criar uma relação empática que é facilitadora da recuperação, transversal a todas as etapas do percurso terapêutico. Constata-se, portanto, que o acesso à informação que necessitam para serem ajudados e se ajudarem a si próprios, permite que o doente se sinta acompanhado em todo o percurso do seu tratamento, com controlo sobre a situação e, conseqüentemente, reduz o desconforto. Neste âmbito, Kolcaba defende que “as intervenções baseadas nas necessidades de conforto assim como a utilização de instrumentos para medição desses resultados de conforto, estão na esfera dos cuidados de enfermagem e ambos estão fortemente relacionados com a qualidade dos cuidados e a satisfação dos doentes” (1992, p.10).

Num estudo realizado por Santos, sobre o cuidado pré-operatório a mulheres com cancro da mama, o enfermeiro deve atender ao respeito pela dignidade da pessoa humana, pela sua individualidade, pela totalidade das suas dimensões biopsicosócio cultural e espiritual e sua vulnerabilidade. Esta atitude possibilita estabelecer uma relação de confiança que facilite a hospitalização, num ambiente de apoio e compreensão, numa abordagem holística, que se reflete, sobretudo, na fase pós-operatória. Silva partilha desta opinião, ao reportar que o “sentimento de segurança e confiança é facilmente alcançável na presença do enfermeiro que se demonstre compreensivo e que se interesse em ajudar o doente a atingir o máximo conforto” (2010, p.34). Para Kolcaba, Tilton e Drouin “quando os pacientes e as famílias estão mais confortáveis, aderem mais facilmente a comportamentos de procura de cuidados de saúde (...) com benefícios para a instituição

na redução de custos e tempo de internamento mais curto, aumento da satisfação dos pacientes,...” (2006, p.539).

Assim, o cuidar em Senologia, com o desenvolvimento da prestação de cuidados globais e individualizados, centrada-no-paciente, está associado a importantes *outcomes* de saúde: melhor adesão aos tratamentos; melhor controlo da dor; resolução de sintomas físicos e funcionais; prevenção e deteção precoce de alterações psicológicas e aumento da satisfação do doente com os serviços prestados, contribuindo significativamente para a humanização dos cuidados de saúde.

Tendo em conta o processo de acreditação deste Centro Hospitalar, estes aspetos são essenciais na continuidade de cuidados, evidenciados nas normas Acc.2.1, 2.2, 2.3 e 2.4 “ao longo de todas as fases do processo, existe um indivíduo qualificado que é identificado como o responsável pelos cuidados prestados ao doente” (JCI, 2005, p.28), com a responsabilidade no acolhimento do doente na visita pré-operatória e na admissão. Para esta fonte, a partilha de informação entre os profissionais é substancial a um processo de cuidados contínuo, podendo ser transmitida de forma escrita ou electrónica, numa base contínua ou em alturas chave do processo de cuidados, pelo que o processo clínico deverá estar disponível e atualizado no percurso do doente, nos vários serviços.

Esta preocupação tem vindo a ser expressa no PNS 2011-2016, que advoga como essencial “desenvolver a articulação de cuidados e investir de forma proactiva na comunicação entre prestadores”, orientando o doente de forma eficiente (2011b, p.15). Martins partilha desta visão, referindo que “tendo em vista a segurança, a estabilidade do doente e a facilitação do processo terapêutico, deverão ser criados canais de comunicação entre os diversos profissionais” (2004, p.189), para que todos os prestadores conheçam as necessidades prioritárias do doente e um plano de cuidados totalmente integrado possa ser administrado. Antevê-se a urgência de desenvolver metodologias de trabalho facilitadoras de circuitos de comunicação entre os diferentes membros das equipas multidisciplinares, sendo que “as tecnologias de informação desempenham um papel fundamental para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados e representam um importante suporte para a integração dos diferentes níveis de cuidados e para a centralidade no doente” (PNS 2011-2016, 2010, p.55). Estas permitem integrar a informação, aumentar a qualidade, facilitar o percurso do doente com uma resposta integrada, personalizada e holística, numa atuação concertada que conduz a uma utilização de serviços articulada e eficiente, respondendo às suas reais

necessidades. Kolcaba, Tilton e Drouin enfatizam a importância dos registos, pois “a avaliação e documentação pré e pós as intervenções de conforto é fundamental (...) é a única maneira de demonstrar quando os pacientes e famílias ficam mais confortáveis, como resultado dessas intervenções” (2006, p.540). Estes autores referem, ainda, que “o objectivo dessa avaliação e cuidado proactivo é minimizar os aspectos negativos da doença e trauma (como dor, depressão e ansiedade) e realçar os indicadores positivos das actividades diárias (como conforto, esperança e resiliência)” (2006, p.541).

Como tal, a articulação de cuidados necessária no percurso hospitalar entre o Núcleo de Senologia e o Serviço de Internamento, implica estabelecer normas de articulação uniformizadas e obrigatórias. Estas possibilitam o cumprimento de processos assistenciais integrados, para que os cuidados se desenvolvam numa linha contínua e sem quebras. Nesta perspetiva, urge motivar e estabelecer fortes parcerias entre os enfermeiros, procurando garantir a complementaridade dos cuidados prestados e promover sinergias entre os diferentes serviços, com vista à diferenciação dos cuidados de saúde prestados ao doente com cancro da mama ao longo do seu percurso hospitalar e à sua necessidade de ser confortado. Isto reverte-se em benefícios para o doente e enfermeiros, pois promove a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança do doente; facilita a comunicação entre os serviços responsáveis pelos cuidados oncológicos, garantindo a fiabilidade da informação e o conhecimento atempado do doente para a obtenção dos melhores resultados, adequando as respostas; cria condições para a padronização dos procedimentos e uniformiza os processos; melhora a acessibilidade e a eficiência de forma a garantir que cada local onde é prestada assistência ao doente oncológico esteja sempre ao nível dos padrões de qualidade indispensáveis; assegura a satisfação dos profissionais e doentes com prevenção de episódios agudos e readmissões hospitalares (PNS 2011-2016, 2010; Martins, 2004).

Por ser tão complexa, a doença oncológica mamária, implica a centralização dos cuidados, com vista à obtenção de uma maior especialização de recursos humanos e estruturais, promovendo a melhoria da qualidade da assistência. Para Bilro, é possível a criação de uma rede de cuidados ao doente oncológico intra-hospitalar, no âmbito da continuidade dos cuidados, “desde que os diversos actores e serviços se organizem no sentido da resolução ou minimização dos problemas que afectam o doente oncológico e caminhem animados do propósito de modificar de uma forma favorável, ágil e racional, o actual estado desta arte” (2004, p.202).

2. O CAMINHO PERCORRIDO

A Enfermagem atual está consciente da importância da investigação para a atualização do seu corpo de conhecimentos. A sociedade identifica que a otimização e expansão de uma prática de Enfermagem alicerçada em estratégias adequadas, permite o desenvolvimento real dos serviços de saúde. Como tal, é premente promover processos de formação centrados no desenvolvimento de práticas clínicas inovadoras e de colaboração, para formação de enfermeiros líderes no sistema de saúde, numa assistência integral à pessoa, o que mobiliza as capacidades dos intervenientes.

De acordo com Benner (2001), a experiência dá-nos a formação necessária para atingir a especialização e, assim, atingir um nível de cuidar de Excelência. Pressupõe, portanto, um trabalho diferenciado, pelo que foi minha preocupação, durante os estágios, desenvolver a capacidade de mobilização dos saberes. Na sequência, pretendi adquirir novas aprendizagens, ampliar e aprofundar a capacidade de reflexão e aplicar os conhecimentos teóricos e práticos, com a finalidade de desenvolver competências inerentes ao grau de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na prática do exercício profissional tutelado numa busca constante pela excelência dos cuidados, como proposto pela OE (2009a).

Daqui ressalta a importância da realização do estágio que o Conselho de Enfermagem, segundo a OE, entende dever “acontecer igualmente num período de prática tutelada a que denominou de Desenvolvimento Profissional Tutelado” (2010, p.4), que “visa a autonomização gradual do supervisionado, em contexto profissional, centrado na prática clínica, nos processos de tomada de decisão. A acção, reflexão e a colaboração são eixos centrais deste modelo de supervisão clínica” (2010, p.5).

2.1 – Clínica da Mama de uma Instituição Hospitalar da Especialidade

Nesta instituição, o conceito de clínicas multidisciplinares surgiu da necessidade em gerar unidades funcionais por patologias, sendo que esta é especificamente destinada à prestação de cuidados de saúde a doentes com patologia mamária. Pretende, pois, oferecer uma estrutura centralizada de cuidados, apostando na especialização de médicos e enfermeiros, com o objetivo de garantir cuidados especializados e diferenciados, a centralização de recursos e acessos às diferentes áreas de diagnóstico, tratamento e apoio psico-social, a multidisciplinaridade na tomada de decisão e melhorar

o fluxo em todo o trajeto dos doentes nas diferentes etapas. Relativamente à enfermagem, tem como finalidade criar um ambiente que proporcione vínculos significativos entre os doentes/famíliares e profissionais, reunindo os recursos apropriados para facultar cuidados especializados, similares e individualizados, assente em sólidos padrões de conhecimento. Assim, ao organizar-se em centros de excelência, esta instituição pretende oferecer uma abordagem inovadora que possibilita um atendimento personalizado, mais efetivo e inteligente (ao nível do diagnóstico) e apto a responder a níveis de complexidade elevados, como preconizado no PNS 2011-2016 (2010). Revela-se num acréscimo da qualidade dos cuidados, maior conforto, organização e celeridade no acompanhamento e tratamento da doença.

Esta perspetiva vem no seguimento do que é preconizado no documento elaborado pela Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, que pretende estabelecer a “matriz” de avaliação das instituições e serviços que prestam cuidados a doentes oncológicos, cujos requisitos incluem “promover o desenvolvimento de estruturas multidisciplinares por patologia, que permitirá a criação das sinergias necessárias ao fornecimento de cuidados diferenciados...” (2009, p.2) e “agilizar e facilitar o percurso do doente nas diversas fases do processo, assegurando a continuidade dos cuidados” (2009, p.3). Destaca-se, igualmente, a existência de Consultas de Decisão Cirúrgica (CDC), Consultas de Decisão Terapêutica (CDT), diagnóstico anatomo-patológico, protocolos terapêuticos e a promoção da continuidade de cuidados na assistência, assegurando a integralidade dos tratamentos e respetivo registo oncológico, conforme especificado no documento supracitado.

Para elaborar este relatório, que se pretende que seja, nomeadamente, de reflexão sobre as minhas aquisições em contexto de estágio, é essencial a estruturação de um fio condutor que faça a ligação entre a prática e a teoria. Faço, portanto, um resumo destas aquisições, tanto relacionadas com o serviço em si, conhecimento imprescindível para a tomada de consciência da sua organização e motivação dos profissionais, assim como das minhas intervenções na equipa de enfermagem, na equipa multidisciplinar e junto destes doentes, em particular.

Selecionei esta instituição para realização do meu estágio, tendo em conta o cumprimento dos requisitos acima enunciados e, ainda, pela existência de “enfermagem com formação específica e treino nas práticas assistenciais necessárias” (Coordenação Nacional para as

Doenças Oncológicas, 2009, p.7), visando a aquisição de competências para uma prestação de cuidados de excelência que se impõe a estes doentes.

Assim, defini como **objetivos específicos**:

- **Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos sobre a patologia mamária e cuidados de enfermagem;**
- **Identificar os cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica, baseados em evidência científica e prática, prestados ao doente com Cancro da Mama nas diferentes fases do seu percurso hospitalar;**
- **Colaborar com a equipa de enfermagem na prestação directa de cuidados de forma segura e eficaz, nas diferentes etapas da doença oncológica;**
- **Identificar as estratégias utilizadas para promover a articulação dos cuidados intrainstitucionais;**
- **Perspetivar o meu desenvolvimento como pessoa e profissional, exercendo a autocritica e valorizando a formação no contexto da prática.**

Seguidamente, descrevo as **atividades desenvolvidas**, neste ensino clínico, para dar resposta aos objetivos propostos. Utilizei a prática reflexiva, registando algumas das reflexões que efectuei para as poder analisar à *posteriori*, de uma forma mais detalhada e sistematizada, seguindo a metodologia do Ciclo de Gibbs. Baseei-me na evidência científica mais recente, pela realização de pesquisa bibliográfica acerca de articulação de cuidados, cancro da mama, Teoria do Conforto e aquisição e desenvolvimento de competências segundo Benner. Para Benner, “a enfermeira proficiente aprende melhor por um método indutivo, quando começamos um caso clínico e a deixamos utilizar os seus meios de compreensão da situação” (2001, p.57). Para esta autora, “quando introduzimos situações que ultrapassam os seus meios de compreensão e de abordagem, descobrimos um domínio virgem onde a aprendizagem é necessária” (2001, p.57). Assim, a prática reflexiva de situações práticas, constituiu momentos ricos de aprendizagem, com mobilização de conhecimentos adquiridos para que, como futura Enfermeira Especialista, cuide com base na compreensão profunda da situação em todas as suas vertentes, como sugerido por Benner (2001). Agir a partir de uma compreensão global das situações é imprescindível, no desenvolvimento de competências para dinamizar e melhorar o meu processo de tomada de decisões, planificação e gestão de cuidados ao doente com cancro da mama e sua família. Saliento ainda outras atividades que desenvolvi, tais como:

- a) Prestação direta de cuidados, em colaboração com a equipa da CLIMA, a doentes com cancro da mama, de forma autónoma e proativa, promovendo um clima de cooperação, com utilização do método de enfermagem instituído.

A integração feita pela Enfermeira Responsável foi realizada de forma gradual, em que a disponibilidade da equipa de enfermagem e multiprofissional foi muito profícua na facilitação da minha integração no serviço e na persecução dos objetivos específicos.

A pesquisa bibliográfica, a consulta das normas e protocolos do serviço, os momentos de esclarecimento e de reflexão conjunta com a Enfermeira Orientadora e equipa de enfermagem, com a criação de um bom clima afetivo-relacional, foram aspetos determinantes para consumir o percurso de aprendizagem determinado. Em acréscimo, ser envolvida na partilha de experiências, de *know-how* e de *expertise* com a equipa, foi muito enriquecedor para o meu crescimento pessoal e profissional e permitiu-me perspetivar outra filosofia do cuidar, com ampliação do meu campo de visão no tratamento integral do doente. Esta estratégia revelou-se facilitadora da aprendizagem e possibilitou-me conhecer o espaço, funcionamento e dinâmica do serviço, identificar as intervenções de enfermagem especializadas a estes doentes e família, nas diferentes fases do seu percurso de doença e tratamento e identificar as potencialidades de articulações intra-hospitalares.

Durante o percurso do ensino clínico, senti-me progressivamente mais integrada e com confiança acrescida. Uma vez que já detinha algumas competências que considero devidamente consolidadas, consegui aferir algumas particularidades relacionadas com o funcionamento específico desta consulta, pelo que colaborei proativamente e autonomamente na prestação de cuidados de enfermagem, de forma holística, dando resposta às necessidades que foram surgindo, sob orientação e em colaboração com a Enfermeira Orientadora. Integrada numa equipa, desenvolvi diferentes atividades inerentes ao cuidar de doentes com cancro da mama em vários momentos do seu percurso: realização de consultas de enfermagem após CDC e CDT, realização de pensos operatórios e apoio, orientação, aconselhamento e encaminhamento de todos os doentes da clínica. Também tive a oportunidade de observar a dinâmica do internamento, nomeadamente a articulação de cuidados no momento da admissão e alta do doente. Foram experiências únicas, facilitadoras e enriquecedoras para a minha aprendizagem. Pretendi, durante todo o estágio, demonstrar um elevado nível de competência no acompanhamento destes doentes e sua família, mobilizar conhecimentos técnico-

científicos atualizados e demonstrar capacidade de estabelecer uma relação de ajuda, para responder adequadamente e de forma holística às suas necessidades. Ambicionei, igualmente, evidenciar elevada adaptabilidade a novas dinâmicas e situações, fora do meu contexto de trabalho e desenvolver um exercício seguro, profissional e ético, perante os profissionais e os doentes/família.

Colaborei em várias Consultas de Enfermagem realizadas após CDC, momento responsável por um elevado nível de *stress* no doente, pois é percecionado como decisivo no seu futuro mais imediato. É uma fase de extrema fragilidade e insegurança quanto ao futuro e, sobretudo, quanto à evolução da doença, estigmatizada na vertente da possibilidade de cura, quanto ao tipo de tratamentos e os efeitos colaterais na alteração da imagem corporal, com repercussões de âmbito pessoal, familiar, social e profissional. É nesta fase que o doente tem o primeiro contacto com os profissionais de saúde, para realização do acolhimento, validação do seu conhecimento e orientação e ensino sobre a cirurgia, internamento e funcionamento da instituição, assim como dos apoios que possa vir a necessitar. Estes momentos foram primordiais no estabelecer de laços de confiança e empatia com o doente e família, em que são revelados os medos mais íntimos e as angústias de quem sabe que não depende dele o êxito ou o fracasso da cura. Nestas consultas, procedi ao acolhimento do doente e família na instituição e colaborei na colheita de dados inicial, segundo o protocolo instituído, com respetivo registo na Folha de História do Doente – Registos de Enfermagem. O meu objetivo foi fazer uma avaliação e levantamento das necessidades reais ou potenciais precocemente, com elaboração de diagnósticos de enfermagem, mostrar disponibilidade para informar e esclarecer dúvidas e proporcionar apoio emocional.

Elaborei, em conjunto com os doentes e família, um plano terapêutico, de modo a estarem informados do seu percurso, respeitando os seus ritmos, valores e vontades, promovendo a redução da ansiedade e a sua adesão como participante ativo do processo de cura. A disponibilização da informação e orientação para o tratamento cirúrgico, com explicação detalhada da cirurgia e material a trazer para o internamento, as rotinas hospitalares, com informações adicionais acerca do serviço de internamento (horário de admissão, horário das visitas, contactos) foram essenciais.

A CDT é um momento de extrema ansiedade, em que a perspetiva de realização dos tratamentos e respetivos efeitos secundários ameaçam os doentes e família. Ao longo do estágio, colaborei e intervim na orientação, informação e esclarecimento de dúvidas a

cerca de 60 doentes e seus familiares, para validar o conhecimento acerca da proposta terapêutica e explicitar os tratamentos a realizar, sejam estes adjuvantes ou neoadjuvantes. São explicitados em pormenor os *timings*, as toxicidades e os efeitos adversos, consoante a medicação prescrita nesse dia pelo seu médico assistente. O doente é, igualmente, informado acerca da medicação de suporte e sobre os cuidados a ter, disponibilizando-se os contactos para qualquer eventualidade, com esclarecimento de dúvidas adicionais.

Estas informações fazem-se sempre acompanhar por suporte informativo por escrito, com claras vantagens na consolidação da informação verbal transmitida. A restante documentação de informação (folhetos informativos) ao doente está em processo de elaboração, sistematizando em linguagem acessível todos os procedimentos relativamente a técnicas específicas (biópsia mamária, biópsia do gânglio sentinela, mastectomia, cirurgia mamária,...).

Também colaborei nas várias atividades desenvolvidas na sala de tratamentos (biópsias mamárias, pensos cirúrgicos, drenagens de seromas e hematomas mamários), em doentes nas mais diversas etapas do seu percurso hospitalar e com diferentes intervenções cirúrgicas. Constatei que, muito para além da componente técnica, a componente emocional e de apoio ao doente é essencial. São em momentos como estes que os doentes se deparam com os seus piores receios, tanto na confirmação do diagnóstico por biópsia, como na primeira confrontação com a alteração da sua imagem corporal após cirurgia. O sistema está totalmente organizado, de modo a evitar estrangulamentos no acesso aos cuidados nesta fase pós-operatória, através de um protocolo existente com o internamento. Além da realização das técnicas, procedi à atualização das informações acerca da cirurgia e o registo da intervenção de enfermagem no processo do doente, assegurando a continuidade de cuidados.

Outra das atividades realizadas pela equipa na Consulta é a consulta telefónica. A flexibilidade e o rápido acesso dos doentes aos profissionais de saúde são condições essenciais para garantir uma eficaz continuidade dos cuidados. Constitui-se um momento de proximidade com os doentes/famílias, através do qual é possível o estabelecer de uma partilha de esperança, amenizar as angústias e incertezas de quem está a vivenciar esta situação, dar apoio emocional ao doente e família encontrando um sentido para a dor e sofrimento. Garante, ainda, a continuidade dos cuidados e possibilita efetuar o despiste precoce de efeitos colaterais dos tratamentos e medicamentos. Verifiquei, por diversas

vezes, como referido por Benner (2001), que as enfermeiras agiam como mediadoras entre o doente e a equipa de saúde, ultrapassando as barreiras geográficas e estabelecendo uma comunicação eficaz, ajudando a otimizar a participação do doente na resolução dos seus problemas. Para esta autora, as enfermeiras tornam-se presentes junto do doente/família através da consulta telefónica e reconhecem nesta presença, uma competência da intervenção de enfermagem para ajudar o doente/família. Como preconizado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2007), ao ser reconhecida a experiência e competência da enfermeira na sua área de atuação, promove-se um ambiente favorável à prática de cuidados de saúde, que se traduz em cuidados de qualidade ao doente/família.

Tendo em consideração o exposto acima, apreendi que cuidar do doente com cancro da mama e sua família implica estabelecer uma relação de ajuda eficaz e significativa, dirigida à globalidade e singularidade do doente a nível físico, psicológico e emocional. Após uma reflexão acerca das minhas intervenções junto destes doentes e suas famílias, considero que estas focaram não apenas ao cuidado físico, mas, principalmente, o cuidado emocional, em vários momentos do seu percurso de doença e tratamento. Estes cuidados emergiram como resultado de Saber adquirido pela prática reflexiva e pela mobilização do conhecimento alcançado durante o decorrer do Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, indo de encontro ao preconizado por Benner (2001). Como esta autora refere, nas minhas tomadas de decisão, compreendi a globalidade das várias situações vivenciadas, tendo em atenção as experiências passadas.

Percecionei o processo de confortar como parte integrante do meu Cuidar e contribui para um melhor bem-estar, tranquilidade, segurança e alívio, como resultado de uma intervenção personalizada, holística e individualizada. Assim, assumi um compromisso e um envolvimento de ordem relacional com o doente e família na prática de enfermagem, promovendo o seu processo de recuperação e de cura, aliado a competências técnicas e científicas e a atitudes focadas no Cuidar, no maior respeito pelo indivíduo singular. Esta perspetiva é partilhada por Benner que refere que “compreender o cuidar como uma prática, em vez de ser apenas um puro sentimento ou um conjunto de atitudes que estão para além da prática, revela o conhecimento e a competência que o cuidar excelente requer” (2001, p. 16).

Procurei sempre estabelecer uma relação de ajuda vocacionada para a compreensão da fragilidade do doente e família, promovendo suporte emocional e informativo e assegurando conforto físico, emocional e espiritual, em que esteve subjacente o Saber, Saber Ser e Saber Estar em relação. Os cuidados de enfermagem foram definidos em parceria, com vista à autonomia do cuidado, numa relação recíproca de cuidado participativo e humanizante. Uma situação que reflete este cuidado à doente e sua família, é relatada na reflexão 1 (apêndice 1), em que estabeleci uma relação de ajuda significativa num momento de fragilidade da doente, ao ser informada do seu diagnóstico. Em todas as fases do seu percurso terapêutico, o doente foi visto como sujeito ativo. A comunicação com o doente assumiu, na minha intervenção, uma importância acrescida, como referido nos Padrões de Qualidade da OE, “são elementos importantes face à promoção da saúde, o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente” (2002, p. 12), com capacidade para ter escolhas informadas, respeitando os princípios éticos.

Reconheci a importância do papel da família como parte integrante do Cuidar, tendo-lhes disponibilizado as informações necessárias, um apoio afetivo, a partilha de saberes e a participação conjunta no cuidar, dotando os cuidadores informais de ferramentas essenciais para o apoio ao doente em segurança. Para Benner (2001), proporcionar apoio afetivo e informar as famílias dos doentes surge como uma competência imprescindível do papel de ajuda da enfermeira.

Por outro lado, várias foram as situações de interação de conforto, em que as competências relacionais sobrepuseram às técnicas e o apoio emocional salientou-se como fator essencial da relação de ajuda. Neste estágio, cuidar do doente e sua família foi ir no encalce dessas competências. A presença e o saber estar, na escuta do sofrimento, no desejo de transmitir interesse na unicidade da história da pessoa foram valores máximos que fomentei. O simples facto de Estar lá, junto do doente, a importância do toque, mostrar disponibilidade para ouvir, esclarecer e apoiar, foram medidas de conforto utilizadas com o objetivo de promover, apoiar e melhorar o funcionamento do doente/família, nos vários domínios (afetivo, cognitivo e comportamental). Estabeleci relações pessoais com os doentes e permiti que estes exprimissem os seus sentimentos, reconhecido por Benner (2001) como essencial na relação de ajuda. Para esta autora, “este tipo de contacto, cheio de calor humano, é muitas vezes o único meio que permite o reconforto e a comunicação” (p. 88). Uma das situações mais significativas, foi o

estabelecer de uma relação de ajuda quando acompanhei uma doente no seu percurso dentro da instituição, para marcação prévia por arção da lesão tumoral e linfocintigrafia (apêndice 2).

Como tal, este estágio foi essencial na aquisição de competências para desenvolver e implementar nas minhas práticas, perícias de comunicação nas interações comunicativas mais complexas e delicadas. Esta é considerada a terapêutica de suporte que se perpetua por toda a trajetória da doença, pelo que considero esta competência como fator determinante para um melhor desempenho na minha prática de cuidados. Assume um papel fundamental e decisivo no modo como o doente oncológico e a família serão capazes de lidar com o problema, com implicações na qualidade de cuidados e na sua qualidade de vida/sobrevivência. Esta competência é tida em consideração nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista preconizadas no SIECE da OE, ao referir que o Enfermeiro Especialista “gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” (2009a, p. 42), demonstrando conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação e em estratégias facilitadoras, adaptando a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa.

No Domínio da Função de Ajuda, segundo Benner (2001), as competências assinaladas por esta autora sobressaíram nas minhas intervenções, durante este estágio. Tomei medidas para assegurar o conforto e preservar a personalidade do doente com cancro da mama, estive presente junto do doente, otimizei a sua participação no controle da sua própria situação de doença e recuperação, proporcionei conforto e comuniquei pelo toque. Como competência desenvolvida neste domínio, identifico, ainda, a capacidade de guiar e servir de mediadora para ajudar os doentes aquando de mudanças no plano emocional, físico, psicológico e cultural, utilizar objetivos com fim terapêutico e promover um ambiente terapêutico, criando uma atmosfera de confiança e de comunicação partilhada. Em acréscimo, envolvi sempre a família no cuidar, estimulei a sua participação e proporcionei apoio afetivo e informação nas várias etapas do processo de doença e tratamento. O meu trabalho durante o estágio revelou, portanto, uma relação favorecedora de recuperação e de cura. Estar presente, sentir-me implicada, desenvolver estratégias apropriadas, transmitir informações relevantes, comunicar pelo toque, envolver a família e estimular a participação do doente, reconhecendo no mesmo a força, a energia, o desejo e a capacidade de melhorar e canalizar essas forças para a relação,

foram indicadores da minha intervenção na criação de um ambiente propício ao estabelecimento de uma relação com estes doentes e família. Para tal, foi premissa básica, no processo relacional, desenvolver a capacidade de escutar, compreender o que a doença e a cura significa para o doente e o que a doença interrompe na sua vida, como referido por Benner (2001). Para poder ajudar e orientar a pessoa doente e sua família, foi necessário envolver-me e acreditar no que fazia, pois, para esta autora “a perícia depende do envolvimento da pessoa numa dada situação” (2001, p.235). Estas intervenções surgem quando a enfermeira sente-se implicada e “é essa implicação que parece ser a característica do papel de ajuda da enfermeira” (Benner, 2001, p. 81), criando um ambiente propício ao estabelecimento de uma relação, permitindo a cura.

Reconhece-se que os avanços que se têm alcançado na área da saúde, fez com que a assistência em ambulatório se assuma, progressivamente, como alternativa à hospitalização, pelo que estabelecer sinergias entre os vários serviços se torna cada vez mais necessário, apelando a uma intervenção holística e global. Neste contexto foi, então, possível observar um dos aspetos primordiais - a articulação de cuidados intrainstitucional. Sendo este um dos meus objetivos de estágio, foi essencial a perceção de que a responsabilidade pela articulação com os serviços de apoio envolvidos no processo de tratamento e reabilitação do doente, era uma competência desenvolvida pela equipa de enfermagem da clínica. A existência de protocolos, formais e informais com estes serviços, constituem-se como aspetos facilitadores do percurso terapêutico, promotores da articulação de cuidados existente e da coordenação entre os profissionais de saúde. Realça-se, pois, a excelente articulação entre toda a equipa em prol da melhor assistência possível ao doente e família, de forma individualizada, participativa e continuada, visando a continuidade e a excelência dos cuidados.

Relativamente à articulação entre as equipas de enfermagem, esta assume maior visibilidade com o serviço de internamento de Cirurgia, em dois momentos distintos. A admissão e a alta são dois pontos fulcrais na resposta atempada e eficaz dos diversos prestadores de cuidados, como explicito na reflexão acerca do acompanhamento da doente no seu percurso hospitalar (apêndice 2). Como referido nesta reflexão, embora esteja estabelecida uma articulação com o serviço de internamento, há aspetos que não permitem a segurança do doente, como a falta de um enfermeiro responsável no acolhimento, o tempo reduzido no acolhimento e internamento e não aproveitamento da informação transmitida. Tal poderia ter consequências acrescidas, não fosse o

investimento no acompanhamento em ambulatório, com a identificação das necessidades precocemente e a implementação de ações de enfermagem dirigidas, disponibilizando informações e orientações mais completas, no pré e pós-operatório, em articulação com o internamento, atendendo à globalidade das necessidades do doente. Esta perspetiva é partilhada por Kolcaba (1992, 1994, 2006) ao defender que as intervenções de enfermagem devem ser baseadas na identificação das necessidades dos doentes, para promover um estado de tranquilidade física e mental. Segundo a mesma teórica, são aspetos que “... estão na esfera dos cuidados de enfermagem e ambos estão fortemente relacionados com a qualidade dos cuidados e a satisfação dos utentes” (1992, p.10). A equipa de enfermagem também se encontra alertada para este facto, pelo que uma estratégia adotada para colmatar esta lacuna, é a elaboração e implementação futura de uma *checklist* de ensino e aconselhamento ao doente com cancro da mama. Considero ser um instrumento valioso no progresso para aumentar a eficácia da articulação entre os serviços, pois a informação transmitida ao doente no pré-operatório é condensada e organizada, o que facilita à equipa de enfermagem do internamento, de forma mais rápida e facilitada, ter acesso a essa informação, promovendo a continuidade dos cuidados.

A existência de elementos de ligação é extremamente útil, por forma a conseguirem, de modo flexível e constantemente adaptado às circunstâncias individuais e coletivas, assegurar uma transição tranquila e eficaz dos cuidados de saúde prestados. O encaminhamento do doente o mais atempadamente possível para a clínica, reverte-se como essencial para assegurar a continuidade dos cuidados, em contexto de ambulatório, tendo em conta as limitações no internamento. Isto traduz-se em corte nas despesas com consultas hospitalares e diminuição da recorrência aos serviços hospitalares, devido a um acompanhamento que se revela coordenado, eficaz e promotor da segurança do doente, com acréscimo de tempo para tratar os doentes que necessitam de acompanhamento especializado.

Constatei, igualmente, que tal articulação só é efetiva pela comunicação entre a equipa de saúde e a utilização de uma linguagem comum a todos os profissionais envolvidos. A disponibilização do processo único é o meio utilizado para uma continuidade de cuidados efetiva e eficaz, no próprio serviço, assim como com os restantes serviços que colaboram na prestação dos cuidados. Esta centralização de informação pertinente assegura que todos os prestadores conheçam as necessidades prioritárias do doente e facilita a sua circulação no sistema. Assim, é possível a determinação de diagnósticos de enfermagem

corretos, a orientação e ensino de modo sistematizado e a resolução atempada de problemas, em que o doente recebe cuidados com uma resposta ótima e personalizada, através de uma utilização de serviços articulada. Neste âmbito, realizei a preparação de várias Consultas de Enfermagem e colaborei com a equipa no preenchimento, sempre no dia anterior à consulta, dos registos do doente, em termos de exames complementares de diagnóstico realizados e de exames anatomopatológicos. Esta centralização facultou um conhecimento, o mais atualizado possível, da situação clínica e economizou tempo aquando da Consulta de Enfermagem, permitindo uma maior disponibilidade para estar com o doente e família.

Nesta perspetiva, a OE (2004), enfatiza a importância de assegurar a continuidade de cuidados, através do registo das observações e intervenções realizadas. A comunicação com consistência, da informação relevante, correta e compreensível, acerca do estado de saúde da pessoa, de forma oral, escrita e eletrónica, para a pessoa, família e equipa multidisciplinar, garante a articulação e partilha de informação fundamentais à continuidade de cuidados, como preconizado nas Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Para Assunção, a utilização de registos de enfermagem é essencial, desde que estejam “devidamente enquadrados por um processo clínico de filosofia moderna e abrangente, que reflecta todo o tipo de cuidados prestados...” (2004, p. 65). Como tal, a comunicação entre profissionais revelou-se, neste estágio, uma competência em constante desenvolvimento, que se reflete como um processo gradual de melhoria desta vertente, no âmbito do meu local de trabalho.

Numa reflexão final, a Consulta de Enfermagem prima pela autonomia das enfermeiras na implementação de intervenções pertinentes no contexto de ambatório, promovendo o diagnóstico, tratamento e reabilitação adequados. Existe uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e satisfação do doente com os cuidados de enfermagem prestados. A génese desta consulta reside na procura e na necessidade constante destes doentes de serem acompanhados e de terem um ponto de referência, com a transferência de conhecimento que o profissional proporciona, visando a capacitação do doente fragilizado. É indispensável atuar de modo complementar e interdisciplinar, atendendo à unicidade do ser humano, pois o contrário fará com que ocorra fragmentação do cuidado a tal ponto, que as individualidades se perdem e são negligenciadas.

A capacidade demonstrada pela Senhora Enfermeira Responsável em interagir com a restante equipa de enfermagem e multidisciplinar, trabalhando em conjunto no estabelecer de objetivos concretos, possibilitou o reconhecimento e a autonomia das enfermeiras da CLIMA. Demonstrar confiança em si e nos outros, incutir o espírito de mudança, demonstrar sensibilidade ao que a rodeia e capacidade de adaptação, revelaram-se características impulsionadoras de cada elemento da equipa, nutrindo a vontade de cada um em transcender-se para benefício do doente/família.

Para mim, como enfermeira responsável do Núcleo de Senologia, foi um estímulo para adequar o meu estilo de liderança, seguindo o exemplo mencionado, com os benefícios que dele advêm. Promover uma liderança adequada e eficaz, não centralizada, com utilização de uma rede de comunicação circular, aberta e multidirecional, motiva e promove a mudança em cada um e o reconhecimento do potencial do colaborador em si e da equipa de enfermagem em conjunto. Esta atitude promove o desenvolvimento de profissionais equilibrados, humanistas, detentores de conhecimentos atualizados, através de uma aprendizagem contínua, com capacidade de trabalhar em equipas multiprofissionais, isto é, encaixados no perfil para o enfermeiro da atualidade. Penso que esta postura de compreensão e de disponibilidade refletir-se-á no serviço em que exerço funções e coordeno, assim como no serviço de internamento, na concretização do mais alto nível de cuidados aos doentes com cancro da mama e sua família.

Durante o estágio, apercebi-me que a implementação da sistematização da Consulta de Enfermagem contribui para o cuidado efetivo e confere organização das informações de maneira racional, lógica e sistemática. Está a ser elaborado, pela equipa de enfermagem, um protocolo para a harmonização dos procedimentos, que permitirá realizar, com segurança, um diagnóstico e estabelecer intervenções apropriadas e uniformes, transversais a toda a equipa, com estruturação de cuidados eficazes e compatíveis com as necessidades apresentadas e igualdade no aconselhamento ao doente e família.

Para Nascimento et al (2008) e Reppetto e Souza (2005), esta constitui-se, portanto, como estratégia para garantir a melhoria da qualidade do cuidado prestado e da satisfação do doente, facilitar a interatividade, perceber a multidimensionalidade do cuidado nas práticas de saúde e conferir credibilidade e visibilidade ao trabalho do enfermeiro, propiciando uma maior autonomia perante os demais trabalhadores da saúde. Por fim, tem como vantagem permitir estabelecer um canal de comunicação multiprofissional, pois os registos, ao serem desenvolvidos de maneira sistematizada,

proporcionam visibilidade e garantem a continuidade do cuidado entre todos os profissionais de forma segura, qualificada e integrada.

Na organização e orientação do cuidado de enfermagem, penso que a implementação do registo informatizado seria uma estratégia de acesso à informação integral do doente, de forma rápida e credível. Promove, pois, melhor orientação e ensino, diminuindo as hospitalizações, permite gerir o tempo de enfermagem com uma maior celeridade na resposta, possibilita os registos das interações telefónicas no imediato e assegura a continuidade e avaliação dos cuidados de enfermagem.

O investimento em algo desta dimensão, embora se apresente com algumas dificuldades, afigura-se um importante instrumento para a equipa multiprofissional do Núcleo de Senologia, sendo algo a investir a curto prazo para assegurar a qualidade e a continuidade dos cuidados prestados a estes doentes e família.

Para além desta mudança, perceciono, igualmente, a necessidade emergente de criar uma estratégia articuladora de diferentes profissionais e facilitadora do percurso dos doentes submetidos a cirurgia mamária. A partilha do processo informatizado com os demais prestadores envolvidos nos cuidados a estes doentes, a elaboração de uma *checklist* de ensino e aconselhamento e a elaboração de protocolos de articulação com o internamento, foram aspetos essenciais que ressaltaram deste estágio, revelando uma contribuição significativa para assegurar a continuidade dos cuidados na equipa de enfermagem dos serviços.

Após a realização do estágio, constato a aquisição e o desenvolvimento de competências profissionais e humanas, conhecimentos, atitudes, habilidades e responsabilidade, como Enfermeira Especialista. A formação destas competências foi fruto de uma construção e transformação, levando-me a refletir, aprofundar e construir os saberes disciplinares e profissionais e a refletir sobre a minha ação, as vivências e consequências que a envolvem. Em acréscimo, integrou saberes, gerou novas formas de pensar e agir e mobilizou competências em termos de conhecimento, da relação de ajuda e da ética. Neste contexto, Benner defende que se deve “encorajar as enfermeiras a recolherem os seus próprios exemplos, (...) e a trabalharem sobre as questões levantadas sobre o seu próprio conhecimento prático” (2001, p.25). Esta autora perspetiva uma nova maneira de ver a prática de enfermagem, para que não nos limitemos à descrição dessa prática como um processo linear e simplista de resolução de problemas, pois limita a compreensão da sua complexidade e significado.

Deste modo, o meu Cuidar do doente com cancro da mama, foi ir ao encontro das competências preconizadas pela OE (2009a), relativas ao Enfermeiro Especialista em pessoa em situação crítica. Assim, prestei cuidados de alta complexidade à doente operada a cancro da mama, fiz a gestão diferenciada do bem-estar da pessoa, demonstrando conhecimentos sobre bem-estar físico, psico-social e espiritual e assisti na gestão do processo de adaptação, da ansiedade e do medo vivido durante o internamento. Demonstrei, igualmente, conhecimentos sobre técnicas de comunicação perante o doente e sua família, adaptando-a à complexidade do seu estado de saúde e geri o estabelecimento da relação de ajuda, utilizando adequadamente as habilidades a ela inerentes.

Estas unidades de competência aplicadas neste contexto, demonstram a mobilização de conhecimentos e habilidades essenciais para responder às necessidades destes doentes de forma holística, considerando a sua complexidade. O desenvolvimento destas ações permitiu-me uma intervenção especializada neste processo, favoreceu a reabilitação do doente e família e a disponibilização de cuidados de excelência, maximizando a sua qualidade de vida e diminuição do seu sofrimento, em que, por vezes, as competências relacionais sobrepuseram-se às competências técnicas. Para Benner (2001), é a capacidade de vermos uma situação na sua globalidade, não nos detendo num só aspeto, que permite a progressão do profissional para o nível de competência seguinte, melhorando os seus processos de decisão e de compreensão da complexidade e de significação da situação.

- b) Contribuí na implementação de procedimentos inovadores para o serviço, através da disponibilização de um programa informático que permite o registo da Consulta de Enfermagem e monitorização dos doentes que realizam quimioterapia.

Está preconizado o início da realização de consultas intermédias durante os tratamentos de quimioterapia, cujo objetivo é fazer um acompanhamento integral do doente. Pretende-se controlar as toxicidades provocadas pelos tratamentos, fazer a avaliação do estado geral do doente, da sua adaptação ao tratamento e da resposta tumoral. Esta intervenção regular permite discutir com o doente e família o plano terapêutico, intervindo precocemente aquando da deteção de alterações.

Nesse seguimento, surgindo a oportunidade de contribuir com a criação e implementação de procedimentos inovadores para o serviço, propus-me a elaborar um sistema de

documentação que garanta a continuidade de cuidados, essencial no acompanhamento do doente no seu percurso hospitalar. Este sistema consiste numa base de dados em Excel (apêndice 3), com acesso exclusivo à enfermagem, que permite o registo informático de doentes submetidos a Quimioterapia. Estes são introduzidos na base (com nome e n.º de processo) quando iniciam os tratamentos, assinalando-se de imediato a próxima Consulta de Enfermagem na coluna “viragem de protocolo”, a ser efetuada após o 3º ciclo de tratamento.

Reconhecendo-se o impacto dos registos de enfermagem na continuidade de cuidados, como mencionado anteriormente, e no sentido de manter este registo atualizado, elaborei uma folha de Registos de Enfermagem da CLIMA - Doente submetida a Quimioterapia (apêndice 4). Esta resultou de uma adaptação e reformulação do Processo de Enfermagem de doentes oncológicos, em base de dados em Word, elaborado por mim e utilizado no meu local de trabalho. As alterações necessárias foram identificadas pela Senhora Enfermeira Orientadora, mediante a informação pertinente a ser registada nas Consultas de Enfermagem realizadas nesta clínica. O registo de cada um dos doentes na base de dados em Excel tem hiperligação a esta folha de Registos de Enfermagem da CLIMA. Ambos os instrumentos elaborados podem, inclusive, ficar disponíveis a outros profissionais, se inseridos no servidor hospitalar.

Denote-se que a prática diária dos enfermeiros implica a aquisição, análise e interpretação de informação, com a finalidade de estabelecer-se objetivos, definirem-se ações e avaliar o impacto dessas intervenções, com necessidade de documentar todo o processo de prestação de cuidados de enfermagem. O processo de enfermagem consagra uma estrutura que faculta a comunicação dos cuidados prestados, contudo é premente que todo este processo abranja tecnologia de informação. Só assim é possível tornar a profissão de Enfermagem visível nos cuidados de saúde, pelo que, perante as dificuldades sentidas na gestão da informação, esta equipa revelou a necessidade de um crescente envolvimento nos sistemas de informação, com vista à melhoria dos cuidados de saúde. Para Goosen, “se a enfermagem quer demonstrar o seu valor, os enfermeiros necessitam de ter o conhecimento e a capacidade de gerir adequadamente a informação e para aplicar a tecnologia da informação e da comunicação de forma inteligente, na sua atividade de cuidar” (2000, p.6).

As tecnologias de informação, como a introdução do sistema de documentação acima referido, constituem, portanto, uma mais-valia e um caminho para demonstrar o valor e a

real contribuição da Enfermagem para o processo de cuidados. Como tal, este sistema pretende ser elemento integrante do contexto da assistência de enfermagem, funcionando como uma ferramenta aliada para a obtenção de dados, génese de nova informação e conhecimento. A OE refere que a informação “... pode fornecer indicadores que se constituam como pretextos para uma reflexão sistemática sobre as práticas...” (2004, p.14), em que a produção destes indicadores permite refletir a prática, com base na informação válida extraída da documentação de enfermagem. Este processo possibilita, “...a comparação dos indicadores intraserviço ou da unidade em momentos diferentes, desafiando à reengenharia dos processos que visem promover a qualidade da assistência” (OE, 2004, p.14). Contempla, assim, a inovação dos registos, de forma a garantirem o desenvolvimento, a descrição e o acompanhamento dos cuidados de enfermagem, em todos os contextos da sua prática.

A aplicabilidade do respetivo programa poderá ser, inicialmente, um pouco conflituosa, entre os profissionais e o *software*, mas depois de estabelecida a real simbiose entre ambos, acredito que isso possa mesmo tornar-se um estímulo para a prestação de cuidados com mais qualidade em tempo útil. Assim, embora exija dos profissionais uma disponibilidade de tempo que não possuem, vai permitir, a longo prazo, dar visibilidade aos contributos dos cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados de saúde.

Tal processo tem como vantagens permitir a rápida acessibilidade e confidencialidade do registo de todas as intervenções realizadas e respetiva situação clínica, sem perdas de informação. Em acréscimo, garante a sua fiabilidade, a interligação dos dados e o seu processamento, maior eficácia em relação ao registo da informação, a melhoria da eficiência e da produtividade, constituindo-se, ainda, como suporte legal nos cuidados de enfermagem prestados. É possível, segundo Sousa (2006), uma resposta célere e adequada às necessidades dos doentes e família, na singularidade da sua pessoa e da sua doença, para a obtenção dos melhores resultados. Promove, ainda, as tomadas de decisão de forma racional e objetiva por parte dos enfermeiros, fomenta a investigação e desenvolve a continuidade nos cuidados. Através da implementação deste sistema informático, pretendi contribuir para que a assistência ao doente oncológico nesta clínica esteja sempre ao nível dos padrões de qualidade indispensáveis.

2.2 – Serviço de Internamento e de Consulta Externa de um Hospital Distrital na área de Setúbal

Devido à minha experiência no Cuidar de doentes com cancro da mama, existem competências adquiridas pelo conhecimento prático (saber fazer), e outras que me propus adquirir no decurso deste estágio. Tendo em conta que, para Benner, a Enfermeira Proficiente, através da experiência “apercebe-se das situações na sua globalidade e não em aspectos isolados...” (2001, p.54), o que “melhora o seu processo de decisão (...) porque a enfermeira possui agora uma projectos que lhe permite saber quais dos muitos aspectos e atributos são importantes” (2001, p.55), considero estar neste nível de desenvolvimento. Tenho, portanto, a consciência que muito há a investir no aperfeiçoamento do conhecimento prático, ao qual Benner (2001) atribui um significado constitutivo para a competência profissional, com o objetivo de atingir o nível de Enfermeira Perita. Como tal, a minha principal preocupação relacionava-se com a necessidade de uma intervenção centrada no doente com cancro da mama e sua família, ao longo do seu percurso hospitalar, assegurando cuidados de excelência, facto em consonância com o preconizado pela OE e Benner (2001), que refere que a perícia da tomada de decisões humanas complexas, como nos cuidados de enfermagem, é essencial no desenvolvimento da prática da Enfermagem e do progresso desta ciência.

A aquisição e desenvolvimento de conhecimentos no estágio anterior, pela observação e colaboração com a enfermeira perita na prestação e articulação de cuidados a doentes com cancro da mama, em contexto de ambulatório, possibilitaram-me: desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem diferenciados e especializados de qualidade, numa perspetiva holística, baseando a minha *praxis* clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; analisar a adequação das várias estratégias articuladoras de diferentes prestadores e facilitadoras do percurso dos doentes submetidos a cirurgia mamária existente, numa perspetiva académica avançada; assumir progressivamente um papel ativo nas equipas profissional, multiprofissional, multidisciplinar e multissetorial, em contexto hospitalar, visando a continuidade e a excelência dos cuidados; desenvolver competências na criação e implementação de estratégias para que os cuidados sejam eficazes e tragam maior satisfação a todos os intervenientes.

Em contexto de trabalho, a articulação de cuidados na fase pré e pós-operatória do doente com cancro da mama, é realizada entre o Núcleo de Senologia e o Serviço de Internamento, razão pela qual selecionei este serviço como local de estágio. Este investimento revelou-se produtivo em vários aspetos. Por um lado, permitiu a tomada de consciência e o contacto com a realidade vivenciada no Serviço de Internamento, pelos doentes e pelos profissionais. Possibilitou, portanto, um diagnóstico de situação, com identificação de algumas soluções para promover a continuidade de cuidados e a perceção dos intervenientes acerca da mesma. Em acréscimo, possibilitou a criação e implementação de instrumentos que constituem uma estratégia promotora da articulação dos diferentes prestadores e facilitadora do percurso dos doentes submetidos a cirurgia mamária. Assim, defini como **objetivos específicos**:

- **Promover a articulação de cuidados entre serviços no acompanhamento do doente com cancro da mama, visando garantir a complementaridade dos cuidados prestados e a partilha do cuidar;**
- **Intervir sobre as necessidades identificadas pelas equipas de enfermagem, no sentido de promover a melhoria da articulação de cuidados existente;**
- **Prestar cuidados de excelência numa abordagem holística a doentes com cancro da mama e família, tendo em conta a melhoria da articulação de cuidados.**

Nesta perspetiva, assumi uma atitude crítica e proativa face aos cuidados prestados e à necessidade de dinamizar o desenvolvimento e implementação de estratégias de mudança, no âmbito da articulação de cuidados.

Realizei uma prática reflexiva com o registo de algumas situações, seguindo a estrutura do Ciclo de Gibbs. Esta reflexão permitiu a tomada de consciência de que o doente oncológico, dada a especificidade de cuidados que o envolve e o distingue, exige uma estratégia de coordenação de cuidados inteligível e mais atrativa por parte de toda a equipa de saúde no domínio intrahospitalar, dando um ênfase real à expressão “articulação de cuidados”. Para Benner (2001), a experiência proporcionada em contexto de estágio possibilita a capacidade de articulação de conhecimentos, uma maturidade pessoal e profissional e o desenvolvimento da competência pela experiência adquirida com o contacto repetido e com a reflexão sobre a situação vivida.

Para atingir os objetivos propostos acima, realizei as seguintes **atividades**:

a) Efetuei um diagnóstico de situação sobre as necessidades/dificuldades identificadas pelos enfermeiros envolvidos na prestação de cuidados ao doente com cancro da mama, acerca da:

- Articulação de cuidados existente e propostas de melhoria;
- Perceção dos profissionais relativamente ao impacto, no doente, dos ensinamentos realizados durante a Consulta de Enfermagem no Núcleo de Senologia, previamente ao internamento;
- Necessidade de formação específica das equipas de enfermagem, agindo em conformidade, para colmatar essas necessidades.

Partindo das aprendizagens adquiridas, pretendi, sobretudo, inquietar as mentalidades, promovendo uma atitude crítica e reflexiva na equipa, relativamente à articulação de cuidados existente. Para tal, utilizei como estratégia a discussão de situações vividas no decorrer deste estágio, através de reuniões com os enfermeiros, em momentos de maior disponibilidade relativamente aos cuidados diretos. As reuniões possibilitaram a abertura necessária para promover uma mudança de comportamento e organizacional. Esta atitude está de acordo com Benner (2001), quando afirma que a utilização de situações da realidade assistencial, permite a reflexão autónoma do profissional, cruzando os conhecimentos científicos adquiridos e os decorrentes da sua prática profissional. Estes momentos de aprendizagem foram primordiais, pois para Alarcão “reflectir sobre a experiência e interpretá-la é fundamental, pois só essa actividade conceptualizadora lhe atribui significado” (2001, p.57) e permite tomar decisões adequadas, com vista à excelência da prestação de cuidados de enfermagem diferenciados e personalizados, de uma forma autónoma, consciente e refletida. Como futura Enfermeira Especialista, de acordo com o preconizado nas funções do Enfermeiro Especialista da OE (2009a), esta minha atitude permitiu desenvolver competências como facilitadora nos processos de aprendizagem, promotora do desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, favorecendo a aquisição de novas perspetivas no seu Cuidar. Na reflexão que realizei acerca da situação ocorrida no internamento (apêndice 5), constata-se que foi benéfico uma atenção personalizada a esta doente e família, contribuindo para uma Enfermagem Avançada e uma prática especializada.

No decurso de reuniões com a Enf.^a Orientadora do estágio, assim como com a equipa de Enfermagem do Serviço de Internamento, constatei que a necessidade sentida pelos enfermeiros em estabelecer uma articulação de cuidados eficiente com o ambulatório, era

consensual na equipa. Sendo relevante intervir neste aspeto, decidi realizar um diagnóstico da situação existente, através de uma sondagem de opinião. Elaborei um questionário (apêndice 6), com a intenção de avaliar a perceção dos enfermeiros acerca da continuidade de cuidados a estes doentes. Assim, averigui a realidade da continuidade dos cuidados existente entre os serviços, tendo em conta que a minha perspetiva pessoal foi gerada “a partir de uma compreensão profunda da situação global” (Benner, 2001, p.58). É a capacidade amplificada de captar a globalidade da situação, que constitui um elemento primordial para, neste momento e como futura Enfermeira Especialista, desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e implementação de estratégias na equipa de enfermagem, dando uma resposta adequada à resolução desta problemática.

Durante o mês de Novembro de 2011, os questionários foram entregues de forma presencial, abrangendo a totalidade da equipa de enfermagem, assegurando o anonimato, obtendo-se uma participação de 91% dos inquiridos.

Pela análise das respostas obtidas na sondagem de opinião aos colegas, deduzi que os enfermeiros não avaliavam os conhecimentos que o doente possuía acerca do internamento, dos cuidados pré-operatórios, da preparação para cirurgia, do tipo de cirurgia a realizar e das rotinas hospitalares. Relativamente à cicatriz operatória, cuidados pós-operatórios no geral, alta hospitalar e realização de penso operatório no Núcleo de Senologia, após a alta hospitalar, a opinião dos enfermeiros era uniforme, referindo que o doente demonstrava conhecimento. Cruzando esta informação com o apreendido pela formanda durante o estágio neste serviço, reportando-me especificamente à interação referenciada no apêndice 5, posso afirmar que as perceções dos enfermeiros coincidem com o observado. Constatei que, no momento da admissão, os enfermeiros de ambos os serviços não avaliam o conhecimento dos doentes acerca da cirurgia. Uma adequada avaliação do conhecimento do doente, permitiria o esclarecimento de dúvidas numa fase pré-operatória e o estabelecer de uma relação de ajuda, promotora do cuidado emocional e do conforto. Como referido na reflexão, a proximidade do enfermeiro com o doente, a nível emocional, é escassa, sendo várias as causas mencionadas: o tempo para estar presente e escutar é limitado, devido à rotina instalada, inúmeras solicitações e rácio enfermeiro/doente reduzido. Acresce a falta de disponibilidade emocional dos enfermeiros e a carência de uma articulação de cuidados efetiva e eficaz, o que inviabiliza a

continuidade de cuidados. Esta situação é agravada pelo estado emocional do doente fragilizado, que não expõe os seus sentimentos e as dúvidas que o atormentam.

Após a cirurgia, como expresso nas respostas desta sondagem de opinião, os profissionais estão despertos para a sensação de insegurança e desconforto do doente. É fundamental procurar combater esta doença, atendendo à maneira como as pessoas se sentem e reagem à situação, promovendo o desenvolvimento de uma comunicação aberta e eficaz. São momentos difíceis e delicados, rodeados de sentimentos de dor, desconforto e medo, pelo que é da responsabilidade da enfermagem intervir neste âmbito. Kolcaba (1992) defende esta perspetiva, referindo que os enfermeiros são os profissionais que melhor preparados estão para confrontar o isolamento dos doentes e proporcionar conforto ao sofrimento.

O primeiro passo neste caminhar para a mudança, foi sensibilizar cada um dos enfermeiros por si e a equipa na sua totalidade, para as dificuldades com que os doentes cirúrgicos com cancro da mama se deparam, aquando do seu internamento e da alta, assim como para as dificuldades sentidas pelos profissionais no seu acolhimento. Através desta sondagem de opinião, e após uma partilha destas observações na equipa de enfermagem, os enfermeiros verbalizaram ter tomado consciência do reduzido contacto inicial com o doente. Embora reconheçam o intenso sofrimento destes doentes, pensavam que o facto de não serem incomodados contribuía para o seu conforto, não se apercebendo que era exatamente o oposto. Deste modo, procurei que, através da prática reflexiva, os enfermeiros progredissem no sentido de proceder a algumas alterações na sua prestação de cuidados. Favoreci o desenvolvimento de uma prática de cuidados que integrasse o Saber, o Saber Fazer e o Saber Estar em relação, conferindo um significado mais profundo à expressão “Cuidar”.

Relativamente às dificuldades sentidas, em termos de informação pertinente sobre o doente, aquando do seu acolhimento, para a sua prestação de cuidados, os Enfermeiros referiram ter reduzida informação acerca: da história do doente – Folha de Avaliação Inicial, situação clínica; da informação transmitida ao doente no Núcleo de Senologia - cuidados pré-operatórios, cuidados pós-operatórios e alta hospitalar; da adaptação do doente ao diagnóstico e cirurgia. Quanto às sugestões de melhoria, os enfermeiros enumeraram, essencialmente, dois pontos: acesso prévio ao processo do doente iniciado no Núcleo de Senologia (com registos de enfermagem dos ensinos realizados) e implementação da visita pré-operatória do doente ao internamento, acompanhado pelo

Enfermeiro do Núcleo de Senologia. As respostas vão de encontro com a bibliografia consultada, com o constatado no estágio anterior e com o que a formanda detetou como oportunidades de melhoria na articulação de cuidados, entre o serviço de ambulatório e o Serviço de Internamento.

Fiz o *feedback* destas perceções reveladas pelos enfermeiros, através de reuniões com a equipa e Enfermeira Orientadora. Destacou-se como necessário um investimento na melhoria dos processos promotores da articulação de cuidados entre serviços. Através de uma partilha de ideias e experiências, foi sugerido que esta melhoria passasse por disponibilizar a Folha de Avaliação Inicial de Enfermagem do Núcleo de Senologia, aos demais prestadores envolvidos nos cuidados a estes doentes, elaborar um protocolo de articulação entre serviços e produzir uma *checklist* de ensino e aconselhamento ao doente com cancro da mama. Este aspeto está de acordo com o preconizado pela JCI (2005) e pelo Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2009b), que aludem a que a consciencialização promove a continuidade dos cuidados, possibilita a avaliação dos cuidados e a investigação, otimiza a gestão dos serviços e uma articulação eficiente, promotora do conforto e segurança do doente ao longo do seu percurso hospitalar.

Quando questionados sobre as suas necessidades de formação, a generalidade dos enfermeiros reconhece falta de conhecimentos para a prestação de cuidados diferenciados a estes doentes. Na análise das opções disponíveis nesta questão, sobressaem como principais temas a desenvolver: Funcionamento do Núcleo de Senologia e ensinamentos ao doente acerca dos exercícios de reabilitação do membro do lado operado. Na minha perspetiva, porque a formação profissional e a prática de cuidados de excelência estão interligadas, realizei uma sessão de informação subordinada ao tema “Núcleo de Senologia – Uma realidade num Hospital Distrital na área de Setúbal” (apêndice 7), cuja Folha de Divulgação da Sessão de Informação e Plano de Sessão estão em anexo (apêndices 8 e 9). Esta sessão de informação, e posterior troca de ideias, possibilitou aos enfermeiros do internamento, e também da Consulta Externa (onde desempenham funções), terem uma visão abrangente acerca do funcionamento do Núcleo de Senologia, do papel do enfermeiro do Núcleo no acompanhamento do doente/família no seu percurso terapêutico e da sua importância na preparação física e psicológica destes doentes e famílias, para lidarem com o medo gerado pela doença e internamento. Sugeri, igualmente, a realização de sessões de informação no internamento, sobre ensinamentos ao doente acerca dos cuidados a ter quando submetido a Cirurgia Oncoplástica e

Reconstrutiva. A recente introdução destes procedimentos na nossa realidade hospitalar exige cuidados diferenciados e específicos a estes doentes. A formação em contexto de trabalho permite um conhecimento, que se traduz na segurança dos cuidados prestados e na adequação da resposta à exigência de melhoria da qualidade.

Ao longo do estágio, apercebi-me de maior disponibilidade por parte das equipas do internamento no momento do acolhimento, essencialmente na prestação de apoio emocional e no Saber Estar com o doente. À luz deste novo conhecimento, surgiu, nos profissionais, a necessidade de haver um relacionamento interpessoal no processo de confortar, que para além de aliviar, tranquilizar e ajudar a transcender (Kolcaba, 2003), contribuiu para o despertar de sentimentos de confiança com o doente.

O facto de os enfermeiros no internamento terem a percepção da adequada preparação dos doentes em termos de informação, reflete-se na minha prática profissional, levando-me a concluir que a minha intervenção em ambulatório, promove uma orientação eficaz dos doentes e família ao longo do seu percurso hospitalar. Não obstante, existem falhas na assimilação da informação.

Perante esta realidade, numa reflexão conjunta com a equipa, concluí que a documentação de informação está desatualizada, incompleta e elaborada num discurso pouco adequado ao doente. A redução do tempo de internamento e as novas tecnologias de diagnóstico impõem uma reformulação dos panfletos já existentes. Em conjunto com a equipa, foram seleccionados os temas mais pertinentes na fase pós-cirúrgica e os itens a incluir em cada tema. Os dois folhetos realizados: “Guia de Orientação à Mulher Submetida a Cirurgia Mamária” (apêndice 10) e “Guia de Orientação à Mulher Submetida a Esvaziamento Axilar” (apêndice 11) facilitam uma aquisição e consolidação da informação transmitida, num dado momento. Ambos serão fornecidos no Núcleo de Senologia, ficando o último disponível no internamento, caso o gânglio sentinela em extemporâneo seja positivo e se proceda a esvaziamento axilar.

Os elementos do Núcleo de Senologia consideraram que outros panfletos se impunham, no sentido de fornecer indicações mais completas, garantir a segurança do doente em todo o seu percurso hospitalar e promover o seu conhecimento e esclarecimento de dúvidas. Estimulei a equipa a colaborar na definição dos temas mais relevantes, agrupando-os da seguinte forma: Núcleo de Senologia; Biópsia Mamária; Biópsia do Gânglio Sentinela; Guia de Orientação à Mulher Mastectomizada; Guia de Orientação à Mulher Submetida a Radioterapia (apêndices 12 a 16).

Após apreciação e aprovação, com respetivas retificações, da Senhora Enfermeira Docente, da Senhora Enfermeira Orientadora do local de estágio, das Senhoras Enfermeiras Coordenadoras dos serviços envolvidos e do Coordenador do Núcleo de Senologia, os panfletos foram discutidos com os restantes elementos do Núcleo. Após aprovação do Serviço de Gestão da Qualidade e do Risco e Gabinete de Comunicação e Imagem, programa-se uma entrega direta ao doente, no momento da Consulta de Enfermagem, de acordo com as características particulares do percurso hospitalar de cada um. O primeiro folheto, mais geral, pretende-se que esteja disponível na sala de espera das Consultas Externas e dos Centros de Saúde da área, proporcionando uma maior divulgação da informação sobre o Núcleo de Senologia. A inclusão destes folhetos como apêndices do relatório deve-se à sua pertinência na união de esforços, na sistematização, na partilha de conhecimentos e de experiências por parte dos elementos do Núcleo, com o objetivo de prestação de um serviço de excelência no diagnóstico, orientação terapêutica e tempo de resposta aos doentes com patologia mamária, que traduza o estado da arte.

Ao iniciar o estágio neste Centro Hospitalar, uma das minhas preocupações foi envolver e comprometer criativamente toda a equipa de enfermagem no projeto a ser implementado, através da partilha de conhecimentos e experiências, fortalecendo o sentimento de apropriação. Como tal, após este período, apresentei uma sessão de informação sobre o meu projeto de estágio, já contemplando as propostas de melhoria nomeadas como essenciais. Apliquei as competências de comunicação com toda a equipa de enfermagem e multiprofissional, como preconizado nas Competências do Enfermeiro Especialista (OE, 2009a), o que, no meu entender, contribuiu para um reconhecimento crescente por parte dos intervenientes da pertinência da implementação deste projeto, como resposta às questões complexas e multifacetadas da problemática a enfrentar. A mudança pretendida, a nível da articulação de cuidados, requer um esforço coordenado para atingir os objetivos traçados. Assim, a criação das sinergias necessárias ao fornecimento de cuidados diferenciados e a concentração de esforços e conhecimento são indispensáveis para a obtenção dos melhores resultados.

Por fim, há a mencionar um aspeto deveras gratificante para o profissional em estágio. O reconhecimento dos pares e da equipa multidisciplinar era explícito, nas solicitações realizadas para intervir em diversas situações de doentes operados por cancro da mama. Tal evidencia a visão dos colegas da importância de um trabalho no qual haja consenso e

estratégias que integrem as múltiplas necessidades. Ao possibilitar momentos de partilha de aprendizagens, conhecimentos e experiências em contexto de trabalho, contribuí para comparar e desenvolver um consenso acerca da intervenção nas várias situações vividas. Para Benner, quando se faz a descrição de “situações clínicas onde a intervenção fez a diferença, uma parte dos conhecimentos decorrente da sua prática torna-se visível. E é com esta visibilidade que o realce e reconhecimento da perícia se tornam possíveis” (2001, p. 61). Esta minha iniciativa permitiu desenvolver uma linguagem descritiva aceite por todos e alargar o campo de ação das enfermeiras, para que sejam capazes de atingir a excelência no cuidar, segundo os pressupostos desta autora. Esta perspetiva foi partilhada pelas Senhoras Enfermeiras Coordenadoras, que me nomearam como elo de ligação entre o Núcleo de Senologia e o Serviço de Internamento.

Durante o estágio, tendo presente as competências a desenvolver na área da especialidade a que me proponho, procurei estar ativamente envolvida nos programas de melhoria contínua da qualidade e nos processos de tomada de decisão. Intervim como agente facilitadora da aprendizagem e na implementação de procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho, provando, mediante bases sólidas e credíveis, as minhas ações e contribuindo para a implementação de mudanças na organização. O reconhecimento foi um passo no sentido de uma maior aproximação entre serviços, que me permite envolver toda a equipa a partir de metodologias reflexivas, traçando em conjunto, no campo da articulação de cuidados, ações inovadoras e comprometidas com a especificidade destes doentes. Como tal, para Benner, “há muito para aprender e muita coisa a apreciar, à medida que as enfermeiras descobrem significados comuns adquiridos em resultado da ajuda, da orientação, da intervenção nos acontecimentos humanos significativos que estão no âmbito da arte e da ciência da enfermagem” (2001, p.40).

Este estágio expandiu os meus horizontes, possibilitando-me dar o primeiro passo na direção da continuidade de cuidados e contribuir para uma prestação de cuidados mais holística e individual, para uma melhor qualidade de vida dos doentes e família e para um maior apoio em termos de cuidados e redução das hospitalizações.

Como futura Enfermeira Especialista, demonstrei um exercício seguro, profissional e ético, utilizando capacidades de tomada de decisão, assente num corpo de conhecimento científico adquirido, na prática baseada na evidência (PBE) e na experiência profissional. Segundo o preconizado pela OE (2009a), como unidades de competência inerentes ao Enfermeiro Especialista, demonstrei capacidade de tomada de decisão numa variedade

de situações da prática especializada em parceria com o doente, liderei processos de tomada de decisão de maior complexidade, desempenhando o papel de consultora quando necessário e promovi a partilha dos conhecimentos das situações, estimulando o desenvolvimento da prática especializada. Contribui, igualmente, na conceção e concretização de projetos na área da qualidade, em que fiz análise e revisão das práticas, tendo identificado oportunidades de melhoria no âmbito da prestação de cuidados a doentes de cancro da mama e na articulação entre serviços. Agi como facilitadora da aprendizagem na minha área de intervenção, investindo em sessões de informação mediante as necessidades formativas identificadas, com o objetivo de favorecer a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. O desenvolvimento destas competências permitiram-me uma intervenção especializada, segura e competente ao longo do estágio, junto dos profissionais e dos doentes.

- b) Elaborei instrumentos que permitem a articulação entre os Serviços de Internamento e o Núcleo de Senologia – criação de uma *checklist* de ensino e aconselhamento ao doente com cancro da mama e de um protocolo de articulação entre serviços.

Na sequência da análise das respostas obtidas na sondagem de opinião, anteriormente referida, assim como pelo estágio realizado no primeiro ensino clínico (Clínica da Mama de uma Instituição Hospitalar da Especialidade), apercebi-me da necessidade de criar uma estratégia promotora da articulação dos diferentes prestadores e facilitadora do percurso dos doentes submetidos a cirurgia mamária. Esta estratégia implica a partilha do processo informatizado com os demais prestadores envolvidos nos cuidados a estes doentes, a elaboração de uma *checklist* de ensino e aconselhamento e a criação de protocolos de articulação com o Serviço de Internamento.

Foi sempre uma preocupação minha envolver a equipa de enfermagem em todas as etapas da realização e implementação do projeto. Após várias reuniões com as Enfermeiras Coordenadoras de ambos os serviços, concluímos que era necessário elaborar uma *checklist* de ensino e aconselhamento ao doente com cancro da mama (apêndice 17), onde fosse registada a informação e os cuidados prestados. Tendo em atenção o facto de estar a ser implementada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), em ambos os serviços, antevendo o futuro e agindo proativamente, procedi a uma atualização dos meus conhecimentos relativamente à CIPE, tendo realizado os diagnósticos e intervenções segundo esta classificação. Autores

como Silva (2006) referem que a existência de uma linguagem comum é essencial para a documentação e a comunicação entre profissionais, sem interpretações ambíguas ou incompreensões. Como complemento, elaborei um Guia Orientador da utilização da *checklist* de ensino ao doente com cancro da mama no Internamento (apêndice 18). Na sequência, ambos os documentos foram discutidos e revistos com a equipa de enfermagem do Serviço de Internamento e com a colega do Núcleo de Senologia. Seguidamente, submeti-os à apreciação da Senhora Enfermeira Docente, Senhora Enfermeira Orientadora do local de estágio e das Senhoras Enfermeiras Coordenadoras. Com estes instrumentos, pretendi contribuir para a descrição do cuidado de enfermagem ao longo do contínuo da assistência aos doentes com cancro da mama, promovendo a articulação entre serviços. Benner (2001) acrescenta que o registo do “saber fazer” existente, adquirido pela experiência, contribui para uma reflexão sistemática sobre as nossas práticas, com implicação no desenvolvimento da perícia. A sua aplicação vai permitir a interpretação das situações clínicas na tomada de decisões complexas e a melhoria dos cuidados, sendo um caminho para demonstrar o valor e a real contribuição da Enfermagem no processo de cuidados a estes doentes.

Elaborei, ainda, um protocolo de articulação, tendo por base a reflexão acerca dos protocolos instituídos na Clínica da Mama de uma Instituição Hospitalar da Especialidade, as sugestões de melhoria apresentadas pelos profissionais, aquando da sondagem de opinião e a mobilização de conhecimentos adquiridos ao longo dos ensinamentos clínicos e do Curso de Mestrado. Após a realização de um esboço do procedimento, procedi à apresentação do mesmo às Senhoras Enfermeiras Coordenadoras e Senhora Enfermeira Orientadora. Realizei as alterações necessárias e apresentei o documento final (apêndice 19), que sistematiza todos os itens referidos anteriormente. Este será, futuramente, sujeito a aprovação do Serviço de Gestão da Qualidade e do Risco, garantindo a continuidade da prestação de cuidados na Instituição, indo de encontro ao explicitado pela JCI (2005). Pretendo, pois, que seja um instrumento orientador na melhoria da qualidade da continuidade de cuidados.

No decorrer destes procedimentos, enquanto vários pontos iam sendo aferidos com a equipa, verifiquei que alguns itens da Folha de Avaliação Inicial de Enfermagem do Núcleo de Senologia não estavam suficientemente desenvolvidos e adaptados à realidade do internamento. A sua reestruturação revelou-se fundamental, para conseguir dar resposta adequada às necessidades de informação sobre o doente a ser admitido para

cirurgia. Esta Folha de Avaliação Inicial de Enfermagem (apêndice 20) está já a ser utilizada no Núcleo de Senologia, cujo preenchimento e arquivo é realizado em suporte informático. Atuei, portanto, proativamente, antecipando uma necessidade iminente de disponibilizar o processo do doente, em suporte informático, aos demais prestadores de cuidados envolvidos, nesta situação em particular, ao Serviço de Internamento. Num futuro imediato, como deliberado com as Senhoras Enfermeiras Coordenadoras e preconizado no Procedimento Sectorial, estipulei a disponibilização do processo do doente em suporte de papel, juntamente com as notas de evolução de enfermagem de Senologia.

Com o objetivo de estimular a participação dos profissionais e contribuir para a melhoria do processo de trabalho, apresentei os instrumentos elaborados. A discussão dos instrumentos, durante a apresentação, foi muito benéfica no esclarecimento de dúvidas acerca da sua aplicabilidade, tendo recebido um *feedback* muito positivo. Este percurso conduziu-me à mobilização de competências comunicacionais com as Senhoras Enfermeiras Coordenadoras e com todos os enfermeiros envolvidos. Não me deparei com dificuldades neste ponto, pois o facto de manter uma atitude de abertura com os colegas, reverteu-se em benefícios na motivação para a implementação do projeto, possibilitando condições de participação, de diálogo, de negociação e de intervenção da equipa, com aumento da autonomia e do poder de decisão.

Relativamente às competências inerentes ao Enfermeiro Especialista (OE, 2009a), promovi um ambiente favorecedor da prática e apliquei estratégias de motivação da equipa. Utilizei, igualmente, processos de mudança para introduzir inovações na prática especializada e demonstrei elevada capacidade de adaptabilidade às várias situações e à equipa, com o objetivo de otimizar as respostas da equipa de enfermagem e promover o mais alto nível de cuidados, estimulando o desenvolvimento da prática diferenciada. Cooperei na formulação e implementação de políticas e procedimentos favorecedores de uma prática especializada, demonstrando autonomia, competência e segurança nas minhas intervenções, com sólidas bases de conhecimento em Enfermagem.

Como futura Enfermeira Especialista, considero que as minhas ações foram pertinentes, promovendo a sensibilização e adesão de todos os profissionais envolvidos nos cuidados a estes doentes, na fase operatória. Pretendi, portanto, promover sinergias com a equipa, com base na cooperação responsável e em atividades coordenadas, conseguindo, assim, que a implementação da mudança não fosse burocrática, mas que refletisse a

consciência e a necessidade de cada um de que é necessário investir na continuidade de cuidados, como forma de proporcionar cuidados de qualidade e o conforto do doente com cancro da mama.

2.3 Questões Éticas

Perante os avanços da ciência, ampliou-se a expectativa de vida das pessoas acometidas pela doença oncológica. O diagnóstico precoce, alia do aos atuais métodos terapêuticos, tem permitido índices de sobrevida progressivamente mais elevados, em casos considerados incuráveis. O acompanhamento do doente e família ao longo do seu percurso levanta conflitos e dilemas éticos, na área dos cuidados oncológicos.

Nos diferentes locais de estágio, constatei que os princípios bioéticos fundamentais que norteiam os cuidados de enfermagem foram respeitados, sendo eles o princípio da “beneficência”, “não-maleficência”, “respeito pela autonomia” e “justiça”. A estes correspondem, respetivamente, quatro regras essenciais: “confidencialidade”, “fidelidade”, “veracidade” e “privacidade”.

A Enfermagem tem sustentado o cuidado como um valor essencial e uma atitude fundamental, visando promover, proteger e preservar a vida. Assim, a ética do cuidado revela-se primordial no respeito e valorização do doente na sua complexidade.

Ao longo da minha prática clínica, defendi sempre, em todos os contextos de atuação, a prática de um cuidado que garantisse o bem-estar do doente com cancro da mama ao longo do seu percurso terapêutico, tendo como meta a sua recuperação e garantia da qualidade de vida. Ponderei, em cada situação, os reais benefícios, custos e prejuízos, ambicionando cumprir o princípio da beneficência e não-maleficência.

Olhei sempre a pessoa na sua singularidade, como um ser livre e merecedor de respeito, que vivencia uma etapa difícil da sua vida - a luta contra o cancro, que necessita de ser escutada, apoiada e compreendida, não me detendo somente no problema físico que no momento a aflige.

A família, como unidade integradora e de suporte do doente, foi sempre alvo do meu cuidado, mostrando disponibilidade para ouvir, esclarecer e apoiar, nas suas diversas dimensões, envolvendo-a no processo de cuidar.

Ao centrar a minha atuação profissional na relação interpessoal, considerei os valores, crenças e desejos individuais dos doentes e sua família, em que cuidar de forma ética implicou o acolhimento, respeito, compreensão, empatia, aceitação e adoção de uma

postura que permitiu o conhecimento do doente numa visão holística, evidenciando respeito pela dignidade humana. Atendi aos princípios da autonomia e veracidade, ao fornecer informação adequada às capacidades de compreensão de cada um e agi na defesa da sua autonomia e respeito pelas opções feitas, reconhecendo a sua capacidade na tomada de decisão.

No âmbito dos ensinamentos clínicos, levantaram-se questões éticas emergentes dos princípios da bioética, relativas ao direito à informação e confidencialidade. Constatei vários obstáculos à efetiva participação dos doentes nas decisões e planeamento terapêutico, onde, por vezes, impera o princípio da beneficência em detrimento do princípio da autonomia.

Relativamente à equipa de saúde, no que concerne à informação sobre o diagnóstico clínico, destaca-se a falta de tempo e a excessiva linguagem técnica como um entrave ao consentimento informado. A limitação na partilha de informação pertinente a uma tomada de decisão esclarecida, assim como a existência de um ambiente que exige decisões céleres acerca dos tratamentos a realizar, predispõe o doente a uma aceitação demasiado rápida dos procedimentos propostos ou à rejeição de qualquer tratamento, pondo em causa o processo de compreensão da doença e tratamento. A reduzida partilha de informação entre as equipas leva a um processo de cuidados fragmentado, à sua descontinuidade e inadequação, não preservando o direito de quem é cuidado, o que compromete o processo de recuperação da doença, a reabilitação global da pessoa e a qualidade dos cuidados. Muitas vezes é a escassa informação detida pelo doente, ou a sua deficiente compreensão, que não lhe permite participar ativamente no planeamento dos cuidados.

Estas situações foram (e serão) sempre objecto de preocupação e geradoras de desconforto na equipa de enfermagem, pois dificultam a evolução dos cuidados terapêuticos.

Numa realidade na qual se ambiciona a prestação de cuidados de excelência ao doente com cancro da mama e sua família, a partilha de conhecimentos e experiências vivenciadas por mim no decorrer do estágio e os momentos de reflexão partilhada, possibilitaram a melhoria da prática diária. Ocorreu o desenvolvimento de competências pré-adquiridas dos enfermeiros, sobre as dimensões éticas do cuidar, tendo como referencial a dignidade da pessoa doente. Esta partilha possibilitou, ainda, um consenso na definição de estratégias, baseado numa dinâmica de comunicação e compreensão

clara na equipa. Cumprindo os princípios éticos, procedi, em conjunto com esta, ao planeamento de intervenções, que visam o bem-estar do doente e família, cumprindo o respeito pela autonomia e à promoção da continuidade de cuidados na reabilitação e recuperação da doença, assegurando uma comunicação de excelência entre os vários serviços, para adequar as várias áreas de atuação. O investimento no aspeto relacional e comunicacional entre profissional e doente/família foi, igualmente, uma preocupação transversal à equipa para uma abordagem que se requer global e holística.

Como afirmam Pontes e Araújo, para que as intervenções sejam “um factor positivo para a qualidade dos cuidados, é crucial que todos os actores intervenientes cresçam em capacidades e conhecimentos, em sintonia, e de modo a proporcionar uma maior eficiência e eficácia dos cuidados que respeitem os princípios éticos” (2007, p. 317). Assim, é possível delinear um plano de atividades estruturado, baseado numa visão holística do doente oncológico.

Os valores e deveres deontológicos da Enfermagem e os princípios éticos que os alicerçam baseiam-se nos direitos humanos fundamentais. São valores particulares a incluir na relação profissional, como referido no Código Deontológico do Enfermeiro (2009b), art.º 78, a igualdade; a liberdade com capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional. Neste contexto, a intervenção dos enfermeiros atende à preocupação pela defesa da liberdade e da dignidade do Ser Humano, numa Enfermagem que se quer humana e humanizadora, na procura constante da excelência no cuidar.

3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Finalmente o alcançar do tão desejado cume da montanha, de onde posso contemplar todo o horizonte. Esta é a resposta mais evidente, após um longo e árduo caminho... mas tendo agora aqui chegado, ao fazer uma reflexão, nada é superior à árdua caminhada desde as baixas planícies e às dificuldades superadas, para compreender a verdadeira gratificação: a aprendizagem e o crescimento pessoal e profissional ao longo deste percurso.

A Enfermagem tornou-se uma profissão complexa e multifacetada devido aos cuidados altamente especializados existentes, pelo que a hospitalização implica assegurar cuidados de enfermagem de alto nível. Um dos desafios que se coloca à Enfermagem, como ciência e profissão, segundo a OE (2002), está centrado no desenvolvimento de competências no âmbito dos sistemas de melhoria contínua da qualidade, com reflexo na melhoria do exercício profissional dos enfermeiros e dos cuidados prestados. Exige-se a reflexão constante sobre a prática e o delinear de estratégias, para reformular métodos e técnicas que beneficiem os doentes e suas famílias.

Refletindo sobre o percurso do estágio que efectuei, considero que os objetivos a que me propus foram atingidos. Esta oportunidade valiosa conduzindo-me na caminhada para a continuidade da aquisição de competências, nos vários níveis propostos por Benner (2001).

A aquisição de competências específicas na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o reconhecimento e aperfeiçoamento dessas competências adquiridas e o desenvolver de competências pessoais e interpessoais, contribui para uma prestação de cuidados de qualidade crescente, diferenciados e centrados nas necessidades dos doentes com cancro da mama e família.

Os ensinamentos clínicos foram uma peça fundamental na observação de como as enfermeiras peritas abordam os cuidados de enfermagem, nos mais diversos domínios, implicando um processo pessoal de construção do saber profissional e um processo de construção de saberes experienciais, transmitidos pelos profissionais já experientes, que intervêm na modelação das transições ocorridas no profissional em estágio. De acordo com Benner (2001), a experiência dá-nos a formação necessária para atingir a especialização e, assim, alcançar um nível de cuidar de Excelência.

Implicou, portanto, um trabalho diferenciado, pelo que foi minha preocupação, ao longo de variados momentos dos ensinamentos clínicos, exercer um Cuidar pautado pela reflexão das

situações vivenciadas, refletir, registrar, aprofundar e construir os saberes disciplinares e profissionais e adquirir e mobilizar competências. Para este processo de construção, contribuiu a prática reflexiva, a partilha de experiências com pares e académicos, os conhecimentos adquiridos e a experiência proporcionada.

Estando desperta para a importância da fundamentação da *praxis* clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento, atuais e pertinentes, foi minha preocupação que o meu agir em diversos contextos, demonstrasse conhecimentos baseados na mais recente evidência científica, com uma prestação de cuidados especializados, seguros e competentes, como preconizado nas competências do Enfermeiro Especialista (OE, 2009a). Para dar resposta a esta preocupação, recorri a bases científicas como a EBSCO, que foi um guia nas minhas necessidades individuais de aprendizagem, nos processos de tomada de decisão sobre os cuidados diferenciados e especializados aos doentes com patologia oncológica mamária e seus familiares e na implementação para a prática especializada em contexto de ambulatório e de internamento, junto dos profissionais.

Intrínseco a um plano de desenvolvimento profissional, este percurso visou a aquisição e ampliação das minhas competências profissionais e humanas, para um melhor Saber, Saber Ser, Saber Fazer e Saber Estar em relação, promotoras de uma prática de cuidados mais segura, mais autónoma e de maior qualidade. Permitiu-me, portanto, dar resposta a uma inquietação crescente no Cuidar de doentes com cancro da mama e sua família, com competências acrescidas para proporcionar a articulação de cuidados necessária a um acompanhamento contínuo, ao longo do seu percurso de doença e tratamento, numa perspetiva académica avançada.

Com a aquisição destas competências especializadas, posso, agora, ser uma enfermeira que age como perita na prestação de cuidados de enfermagem diferenciados e especializados a doentes com cancro da mama e sua família, numa perspetiva holística, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida. **Estou convicta que neste momento** tenho a competência para assumir um papel ativo nas equipas profissional, multiprofissional e multidisciplinar, em contexto hospitalar, visando a continuidade e a excelência desses cuidados. Em acréscimo, este meu novo conhecimento e competência adquiridos, permitem-me ser agente dinamizador no âmbito da Qualidade dos Cuidados, com implementação de estratégias de mudança, visando a prática especializada no ambiente de trabalho e a satisfação de todos os intervenientes.

Dar o primeiro passo na direção da continuidade de cuidados, implicou a definição de estratégias para promover a articulação entre o Núcleo de Senologia e o Serviço de Internamento. Para atingir este objetivo, procedeu-se à elaboração de instrumentos, dos quais se destacam a norma de articulação de cuidados, o guia de orientação à mulher submetida a cirurgia mamária e a esvaziamento axilar e a *checklist* de ensino e aconselhamento ao doente com cancro da mama.

Para além destes instrumentos, para se alcançar a referida articulação, revelou-se primordial desenvolver múltiplas abordagens. Houve necessidade de promover a adequada comunicação entre todos os profissionais envolvidos, criar redes de informação partilhada, mobilizar adequadamente os recursos existentes, assim como melhorar a formação dos enfermeiros, como forma de responderem eficazmente a solicitações interventivas de assistência, perante necessidades físicas, afetivas e emocionais do doente e família. Estes procedimentos, no seu conjunto, possibilitam que a assistência passe da fragmentação à continuidade, durante o curso da doença e tratamento do doente com cancro da mama. Só através do investimento em mobilizar toda a equipa, consolidando a cooperação, o *empowerment* e a inovação, é que se lida eficazmente com as questões complexas e multifacetadas que temos de enfrentar. Esta abordagem, segundo a EQUAL (2007) contribui para melhorar a eficiência das atividades, prevenindo a duplicação de esforços e fomentando a utilização de abordagens ou recursos complementares, de uma forma sinérgica e coordenada, e ampliar a eficácia das intervenções, colmatando lacunas nos serviços em grupo e satisfazendo necessidades reais relacionadas com questões multidimensionais (abarcando vários profissionais e perspetivas). Fortalece, em simultâneo, as aptidões dos enfermeiros e expande competências estratégicas, estimulando a aprendizagem através da partilha de conhecimentos e experiências entre profissionais.

A multidisciplinaridade mais do que impreterível é vital, sendo a continuidade de ações entre os diferentes parceiros, a chave mestra para garantir o sucesso, evitando a quebra da continuidade de cuidados. Esta visão é partilhada por Alarcão e Rua, ao referirem que “concebe-se hoje o conhecimento como dinâmico, pessoalizado, contextualizado, socialmente construído, interligado nas suas parcelas. Exige-se dos profissionais competência, responsabilidade, trabalho em equipa e desenvolvimento colaborativo de saberes” (2005, p.374).

Emerge, neste momento, a possibilidade de tornar este investimento numa realidade duradoura em contexto de trabalho e usufruir das oportunidades concedidas, perante a demonstração da necessidade sentida pelas equipas e a abertura evidenciada por estas, para colaborarem na resolução do problema.

Espero, deste modo, como futura Enfermeira Especialista, prestar cuidados a doentes com cancro da mama e sua família e promover uma articulação eficiente, promotora do seu conforto e segurança, com responsabilidade, competência e autonomia, aplicando e desenvolvendo as competências adquiridas no contexto da Enfermagem Oncológica, visando a constante busca pela excelência dos cuidados, como proposto pela OE (2009a). Considero que progredi significativamente no sentido de atingir o nível de Enfermeira Perita, em que, segundo Benner (2001), a enfermeira apreende as situações de uma perspetiva global e assume um papel fulcral para o desenvolvimento do conhecimento, evidenciando as suas competências na tomada de decisões humanas complexas, como nos cuidados de enfermagem. Para esta autora, “uma tal aproximação holística implica necessariamente a experiência e a continuidade dos cuidados” (2001, p.200). Esta é a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento desta ciência.

4. BIBLIOGRAFIA

ALARCÃO, Isabel (2001) - Formação Reflexiva. **Revista Referência**. [em linha]. 1ª Série, n.º6 (Maio 2001), 54-59. ISSN 0874-0283. [Acedido em 16.11.2011]. Disponível em http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2076&id_rev=5&id_edicao=21

ALARCÃO, I.; RUA, Marília (2005) - Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. **Texto Contexto Enfermagem**. [em linha]. Vol. 14, n.º3 (Jul-Set 2005) 373-382. ISSN 0104-0707.

ASSUNÇÃO, A. (2004) - Cuidados de Enfermagem ao Doente Submetido a Cirurgia. In: REGATEIRO, F.; [et al.] (2004) - **Enfermagem Oncológica**. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-41-7. P. 49-67.

BENNER, Patrícia (2001) - **De iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X

BILRO, M. (2004) - Articulação de Cuidados. In: REGATEIRO, F.; [et al.] (2004) - **Enfermagem Oncológica**. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-41-7. P. 193-202.

CARAPINHEIRO, Graça (2002) - Prefácio. In: DIAS, M.; DURÁ, E. (2002) - **Territórios da Psicologia Oncológica**. Lisboa: Climepsi. ISBN 972-796-018-9. P. XV-XVII.

CARAPINHEIRO, Graça (2005) - **Saberes e poderes no Hospital: Uma sociologia dos serviços**. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, Lda. ISBN 972-36-0306-3.

CHBM, EPE - **Manual da Qualidade Núcleo de Senologia 2010**. Acessível no CHBM, EPE – Núcleo de Senologia, Barreiro, Portugal.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2007) - **Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho = cuidados de qualidade**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 92-95040-80-5. [Acedido em 15/03/2012]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (2002) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE Versão β2**. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN 972-98149-5-3.

COSTA, J. (2004) - Métodos de prestação de cuidados. **Revista do ISPV**. [em linha]. N.º 30 (Outubro de 2004), p.234-251. [Acedido em 15/03/2012] de Escola Superior de Enfermagem de Viseu - 30 anos. Disponível em:
<http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>

DIAS, Maria do Rosário (1997) - **A esmeralda perdida. A informação ao doente com cancro da mama**. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. ISBN:972-8400-04-7.

DIAS, M.; [et al.] (2002) - O cancro da mama no “seio” da família. In: DIAS, M.; DURÁ, E. (2002) – **Territórios da Psicologia Oncológica**. Lisboa: Climepsi. ISBN 972-796-018-9. P. 303-320.

EUROPEAN ONCOLOGY NURSING SOCIETY (2005) - **Programa de Postgrado en Enfermaria Oncológica de la EONS**. Bruselas: EONS. [Acedido em 15/03/2012]. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSPostBasicCurriculum-es.pdf>

FORTIN, Marie-Fabienne (1999) - **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.

GOOSEN, William T. F. (2000) – Uso de registos electrónicos dos pacientes para colher conjuntos mínimos de dados baseados numa terminologia unificada de enfermagem. **Enfermagem**. Nº18 (Abr./Jun 2000), p. 5-22. ISSN 0871-0775.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (2005) - **Normas de Acreditação para Hospitais**. USA: JCI

KOLCABA, K. (1992). Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. **Advances in Nursing Sciences**. [em linha]. Volume 15, nº. 1 (1992), p.1-10. [Acedido em 16/12/2011]. Disponível em:
http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/abstract/1992/09000/holistic_comfort_operationalizing_the_construct.3.aspx

KOLCABA, K. (1994) - A theory of holistic comfort for nursing. **Journal of Advanced Nursing**. Volume 19 (1994), p.1178-1184.

KOLCABA, K. (2003) - **Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research**. New York: Springer.

KOLCABA, K.; [et al.] (2006) - Comfort Theory. A unifying framework to enhance the practice environment. **The Journal of Nursing Administration**. Volume 36, nº11 (Nov. 2006), p.538-544.

KOLCABA, K. (2009) - Comfort. In: Peterson, S. J.; Bredow, T. S. - **Middle Range Theories. Application to nursing research**. EUA: Lippincott Williams & Wilkins, 2009. p. 254-272.

LUNET, Joana (2007) – Evolução da Mortalidade por cancro da mama em Portugal. **Acta Médica Portuguesa**. [em linha]. Nº20 (2007), p.139-144. [Acedido em 20.03.2012]. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/2/139-144.pdf>

MARTINS, L. (2004) – Aspectos Éticos em Oncologia. In: REGATEIRO, F.; [et al.] (2004) – **Enfermagem Oncológica**. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-41-7. P. 179-191.

MARTINS, M. (2009) - **A consulta telefónica como intervenção de enfermagem ao doente/família com dor crónica**. Lisboa: Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. [Acedido em 15/03/2012]. Disponível em: <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/1473/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20%20Mestrado%20Comunica%C3%A7%C3%A3o%20em%20Sa%C3%BAde%20-%20Madalena%20Martins.pdf>

MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL (2006). Contributos EQUAL para o trabalho em parceria no FSE 2007-2013. **Colecção Disseminar**. [em linha]. N.º7 (Dez). ISSN 1646-3072. [Acedido em 15/03/2012]. Disponível em: http://www.igfse.pt/upload/docs/2011/39_contributos_equal_trabalho_parceria.pdf.pdf

NASCIMENTO, K.; [et al.] (2008) - Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Revista Escola Enfermagem USP**. [em linha]. Vol. 42, nº4 (2008), p. 643-648. [Acedido em 15/03/2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a04.pdf>

OLIVEIRA, Irene (2004) – **Vivências da Mulher Mastectomizada. Abordagem Fenomenológica da Relação com o Corpo**. Porto: Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição. ISBN 972-99144-0-0.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (1998) - **REPE Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Acedido em 15/11/2011]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Acedido em 15/03/2012]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) - **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Acedido em 15/03/2012]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009a) - **Caderno temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Acedido em 15/11/2011]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009b) - **Código Deontológico**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Acedido em 15/03/2012]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/centro/legislacao/Documents/legislacao_oe/CodigoDeontologico.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - **Caderno temático: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Acedido em 12/11/2011]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos1.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. IARC (2008) – **Globocan 2008**. [Acedido em: 12/02/2012]. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/>

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>

ORIÁ, M.; [et al.] (2004) - A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [em linha]. Vol. 6, nº2 (2004), p.292-297. [Acedido em 15/03/2012]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf

OTTO, Shirley E. (2000) – **Enfermagem em Oncologia**. Loures: Lusociência, edições técnicas e científicas, Lda. ISBN: 972-8383-12-6.

PEREIRA, M^a da Graça; LOPES, Cristiana (2005) - O **Doente Oncológico e a Sua Família**. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 9789727961955.

PHIPPS, W.; [et al.] (2003) – **Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica**. 6^a ed. Loures: Lusociência, edições técnicas e científicas, Lda. ISBN 972-8383-65-7.

PINHEIRO, P. S.; [et al.] (2000) - **Cancer in Portugal. II Series**. Lyon: IARC technical publication. ISBN 92 832 2420 5. [Acedido em 20/03/2012]. Disponível em: http://www.ror-sul.org.pt/Biblioteca/Lists/ListaBiblioteca/Attachments/10/Cancro_em_Portugal.pdf

PONTES, M.; ARAÚJO, D. (2007) - Doenças Crónicas. In: NEVES, M. (2007) – **Comissões de ética: das Bases Teóricas à Actividade Quotidiana**. 2^a edição. Coimbra: Gráfica de Coimbra. ISBN: 972-603-273-3. P. 301-319.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas (2009) – **Requisitos para a Prestação de Cuidados em Oncologia**. Lisboa: DGS. [Acedido em 20/12/2011]. Disponível em: http://www.acs.min-saude.pt/files/2010/02/requisitos_prestacao_cuidados_do.pdf

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2010) - **Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Cuidados de Saúde Hospitalares**. Lisboa: DGS. [Acedido em: 20/05/2011]. Disponível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSH2.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2011a) - **Plano Nacional de Saúde 2011-2016. A Qualidade no PNS 2011-2016**. Lisboa: DGS. [Acedido em: 20/03/2012]. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/Q1.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2011b) - **Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Estratégias para a Saúde**. Lisboa: DGS. [Acedido em: 20/03/2012]. Disponível em: http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/ea_16-03-2011.pdf

POTTER, Patricia, PERRY, Anne (1999) - **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 85-277-0529-X

REPPETTO, M. A.; SOUZA, M. F. (2005) - Avaliação da realização e do registro da sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [em linha]. Vol. 58, nº3 (2005), p. 325-329. [Acedido em 15/03/2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a14v58n3.pdf>

SANTOS, José Manuel Oliveira (2002) - **Parceria nos cuidados: uma metodologia de trabalho centrada no doente**. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISBN: 972-8184-83-2.

SANTOS, M. [et al.] (2010) - Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [em linha]. Vol. 63, nº 4 (Julho/Agosto 2010), p.675-678. ISSN 0034-7167 [Acedido em 20/11/2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/27.pdf>

SARAIVA, M. (2003) - O processo de comunicação em ambiente oncológico. Vivências dos enfermeiros e seus significados. **Revista Investigação em Enfermagem**. [em linha]. Nº8 (Agosto 2003), p. 37-48. [Acedido em 15/03/2012]. Disponível em: <http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/Rie8/37-48.pdf>

SILVA, A. (2006) - **Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança**. Coimbra: Formasau. ISBN: 978-972-8485-76-4.

SILVA, M. (2010) - **Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico - Acolhimento de Enfermagem**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado. [Acedido em 15/12/2011]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26919/2/Dissertacao%20de%20Mestrado%20em%20Ciencias%20de%20Enfermagem%202010.pdf>

SOUSA, P. (2006) - **Sistemas de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo**. Formasau. Coimbra. ISBN 9728485751.

VIEIRA, M. (2007) - O Enfermeiro. In: NEVES, M. (2007) – **Comissões de ética: das Bases Teóricas à Actividade Quotidiana**. 2ª edição. Coimbra: Gráfica de Coimbra. ISBN: 972-603-273-3. P. 145-148.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Reflexão 1

Este documento pretende constituir uma reflexão sobre uma experiência vivida, no âmbito do Estágio do 2º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, em que seja evidenciada a influência da mesma no meu desempenho. Preconiza-se a elaboração de uma reflexão, com o objetivo de promover a prática reflexiva, motivar a explicitação de pensamentos ou momentos vivenciados, evidenciar experiências significativas, contextualizando-as através da tomada de consciência, em que a reflexão escrita é mediadora da reflexão da ação. Apela-se, por conseguinte, à reflexão contínua, contribuindo para o processo de aprendizagem e potenciando o processo de desenvolvimento de competências e de crescimento pessoal e profissional, tal como o referem Alarcão e Rua (2005) Para tal, optei pela utilização do Ciclo Reflexivo de Gibbs.

DESCRIÇÃO

Vou-me reportar a uma situação ocorrida durante o Estágio na Clínica da Mama de uma Instituição Hospitalar da Especialidade. Assim, no âmbito da Consulta de Enfermagem, realizei uma consulta a uma doente de 38 anos, com o diagnóstico de carcinoma da mama. Prestei cuidados de enfermagem em ambulatório, na fase de diagnóstico, após a doente ter ido a consulta com o seu médico assistente.

Não é frequente o acompanhamento de enfermagem a doentes e familiares nesta fase tão precoce. Porém, em situações excecionais como esta, em que a doente fica muito ansiosa, impõe-se uma intervenção de enfermagem, o que levou a Enfermeira Orientadora a pedir a minha colaboração.

Encaminhei a doente e o seu marido para um gabinete, de modo a que tivéssemos alguma privacidade. A doente tinha sido informada, nesses últimos minutos, do diagnóstico de cancro da mama. Estava muito ansiosa e chorosa com a situação.

Tentei perceber o conhecimento que a doente possuía da sua situação clínica e o que lhe tinha sido explicado na Consulta. Estava bem informada, no entanto, a ansiedade era superior, chorando à medida que na sua mente se iam formando os cenários mais aterradores.

A confirmação do diagnóstico reverte-se em consequências devastadoras, em que a notícia mais temida está presente. Repetia incessantemente: “Não estava à espera disto... estava convencida que não era nada, apenas um caroço.” – enquanto olhava para

mim, apercebendo-se da sua situação e das implicações a que iria estar sujeita, manifestando reações simultâneas de terror, choque, medo, desespero e pânico, em que o futuro torna-se finito (Otto, 2000; Oliveira, 2004).

O medo na voz e na sua expressão facial e o esfregar constante de mãos, denunciava a sua agitação. Consegui detetar os sentimentos mais íntimos: confusão, incerteza e angústia, medo do desconhecido, da dor, da morte. O desconhecimento do prognóstico era um fator de angústia.

O marido, sua fonte de apoio, permanecia junto dela, mas estava tenso e pouco comunicativo. Estavam de mãos dadas, enquanto a sua esposa chorava. Mantive-me sentada em frente a ambos, pousei a minha mão no braço da doente e disse-lhe: “Sinto que está muito triste.” (silêncio), transmitindo-lhe apoio e compreensão pela sua situação. “Estou triste e nervosa, não sei o que me vai acontecer...” - refere enquanto olha para a sua mama. No seu rosto transparece o sofrimento e o receio da doença e da cirurgia. Os seus olhos enchem-se de lágrimas. Vou falando com a doente: “O que está a pensar?” Compreendi os seus medos, nomeadamente no que diz respeito aos seus dois filhos, em que a doente verbalizava: “são tão pequenos, que lhes vou dizer? Tenho medo de não estar cá para os ver crescer? E se isto corre mal?” Deixei-a chorar e desabafar o que lhe ia na alma.

Dou um ligeiro aperto na sua mão, no silêncio como a dizer-lhe “Estou aqui”. Olha para mim com um ténue sorriso e com uma voz muito suave digo: “está muito bem acompanhada, está tudo orientado para ser tratada e a sua família está aqui consigo...”

Por fim, acalmou-se... parecia estar disponível para conversar. Referiu ter muitas dúvidas acerca do que se passava e, se soubesse, sentir-se-ia melhor. Quando se sentiu preparada, colocou as questões acerca da doença, as quais foram prontamente respondidas. Após esta fase, a doente expressou os seus sentimentos, medos e as suas angústias acerca da cirurgia e da sua auto-imagem. Muito ansiosa, referiu ter receio de uma mastectomia. Em vez de responder de imediato, optei por não fazer comentários, deixando-a exprimir-se. Expliquei calmamente a sua situação clínica, de modo a que entendesse o que se passava, no entanto, transmiti que a informação era ainda reduzida para se tomarem decisões, sendo necessário a realização de exames complementares. Senti que era precoce e demasiada informação, que a doente não estava preparada. Clarifiquei as suas dúvidas e encorajei-a, mostrando-lhe os aspetos positivos como o acompanhamento da família, o apoio incondicional do marido, o terminar de uma etapa

neste processo. Mantive sempre a minha mão no seu braço, repetindo a informação sempre que solicitada e permitindo a colocação de questões por parte da doente e do marido.

Quando a consulta de enfermagem terminou, pareciam menos tensos e menos preocupados com a cirurgia, embora o estigma da doença se mantivesse presente. Ela referiu “Sinto-me menos preocupada agora que sei o que aí vem e que é só uma fase má que depressa passa”, numa atitude positiva e de aceitação. Estava a tentar superar apesar do sofrimento, pois podia ler nos seus olhos a desesperança. Solicitei ao seu médico um encaminhamento para uma consulta na Psicologia. Mostrei disponibilidade para uma consulta de Enfermagem se fosse necessário, para validar os seus conhecimentos e terminar os esclarecimentos numa hora mais oportuna, para além do acompanhamento emocional tão essencial a esta doente. No fim desta interação, a doente parecia estar menos ansiosa, embora fragilizada, mas notava-se que estava confiante no que por aí vinha e tinha confiança na equipa que dela tratava.

O objetivo da interação foi a preparação da doente para lidar com esta fase da doença e tratamento, com transmissão de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas, promovendo a sua adaptação e aceitação da realidade, contribuindo para o seu conforto perante esta instabilidade. A intervenção de enfermagem esteve de acordo com o preconizado por Santos et al. (2010), abrangendo o atendimento das necessidades fisiológicas e todo o aspeto psicológico e emocional, num ambiente de apoio e compreensão, numa abordagem holística, que se reflete, sobretudo, na fase pós-operatória.

SENTIMENTOS E PENSAMENTOS

Relativamente ao por mim experienciado, posso afirmar que esta interação fez-me sentir desconfortável. Inicialmente, quando me foi solicitado prestar apoio e orientação a esta doente e família, fiquei um pouco apreensiva. Ainda não me tinha deparado com uma situação destas no estágio, pelo que estava na dúvida sobre o que dizer. Recorri à minha experiência nestas situações, adquirida no meu trabalho junto destas doentes há vários anos, o que me deixou mais à vontade. De algum modo, estas situações em particular, em mulheres mais jovens, despertam em mim um sentimento especial de empatia, pela aproximação do sofrimento, em que por vezes, tenho dificuldade em contornar esse aspeto. A angústia demonstrada e verbalizada pela doente é algo que nunca me deixa

indiferente, por mais vezes que tenha experienciado estas situações, o envolvimento é sempre muito intenso. O meu coração estava acelerado, eu estava angustiada com esta situação, afinal de contas é uma situação especialmente dolorosa... o facto de envolver crianças, sendo eu mãe, desenvolve em mim um sentimento de identificação, do qual tenho dificuldade em dissociar-me.

Senti, obviamente, uma necessidade de lhe dizer algo que a tranquilizasse e ajudasse, estando ali presente, apoiando a minha mão no seu braço, interferindo com algumas palavras de apoio e de reforço acerca do que estava sendo transmitido... Foram vários os pensamentos que me ocorreram no momento: como posso ajudar estas utentes a lidar com estas situações de forma mais eficaz? Como transmitir de forma menos cruel uma notícia tão devastadora? Na perspetiva do objetivo do meu estágio, também me ocorreu: quais as estratégias de comunicação que as colegas utilizam na interação com estas doentes? Quais as estratégias de conforto utilizadas?

No fim da relação, perante a diminuição da ansiedade da doente e família, senti-me aliviada por ter ajudado. Senti-me realizada por conseguir estabelecer uma relação de ajuda significativa com aquelas pessoas. Também fiquei apreensiva, por ter a noção que não daria continuidade à relação, pois não estaria presente na próxima consulta, mas sabia que as colegas estabeleceriam esse vínculo tão necessário.

AVALIAÇÃO

Esta experiência foi muito proveitosa em várias vertentes. Tenho a destacar o aprofundar de competências em Comunicação com o doente oncológico, tão essenciais ao estabelecer de uma relação de ajuda, eficaz e significativa. Esta competência é tida em consideração nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista preconizadas no SIECE (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2009, p.42), ao referir que o enfermeiro especialista *“gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”*, demonstrando conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação e em estratégias facilitadoras, adaptando a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa. Esta relação despertou-me para a necessidade de uma mudança de atitudes no meu local de trabalho, em que devo centrar-me nas doentes e nos seus objetivos e diferenciar os meus sentimentos das situações vivenciadas por estas, utilizando estratégias de comunicação já adquiridas e agora aprimoradas neste contexto.

Outro aspeto essencial e significativo para mim e para a minha atividade profissional, relaciona-se com a aquisição de uma nova perspetiva de uma consulta de enfermagem nesta área tão específica que é a Senologia. Desde que iniciei a minha atividade profissional nesta área, não tinha tido oportunidade em observar a prestação de cuidados neste âmbito por outras colegas, o que para mim, foi uma mais-valia. Sendo esta clínica uma referência na prestação de cuidados de qualidade numa perspetiva holística, visando a excelência dos mesmos, que assegura o acompanhamento da mulher em todo o seu percurso terapêutico, esta experiência surgiu como uma oportunidade de observar e participar na prestação de cuidados, integrada numa equipa de cuidados diferenciados de excelência. Posso afirmar ter sido muito esclarecedora e enriquecedora, com aspetos que antes não me tinha sido possível vislumbrar, mas para os quais me encontro, agora, desperta. Permitiu-me o aprofundar de conhecimentos e perspetivar outra filosofia do cuidar. Houve, portanto um enriquecimento com alargamento do meu campo de visão no tratamento integral do doente. É visível a importância atribuída por esta equipa em conhecer a forma como as mulheres enfrentam o seu sofrimento, como experienciam a fase de ajustamento às alterações ocorridas no seu contexto familiar, conjugal, social, nos seus diversos papéis, contribuindo assim para a realização de uma abordagem no seu todo, de forma personalizada e em busca das suas necessidades. Esta abordagem é transversal à equipa e surge no sentido de favorecer uma resposta adaptativa continuada e que seja evidenciada por uma recuperação física e psíquica eficaz, como defendido por Nunes (2008).

Este contacto permitiu-me, ainda, refletir com a Enfermeira Orientadora, perita nesta área, sobre a situação ocorrida, como preconizado por Alarcão e Tavares (2003), que designam este momento de *encontro pós observação*. Este momento foi primordial no desenvolvimento das minhas competências, pois permitiu-me tomar consciência do que fiz e melhorar o meu desempenho. Contribui, conseqüentemente, a progredir na prática clínica. Para tal, como o preconizado por Bond e Holland (1998), a Enfermeira Orientadora dispensou o tempo necessário para facilitar a reflexão detalhada, num clima privado, com uma comunicação isenta de ambiguidades, levando-me a refletir sobre o meu “eu” e sobre o que se passou naquela interação com a doente e família. Ao fazê-lo, fui sujeito ativo, com identificação das minhas capacidades e dos aspetos a melhorar, em que refleti sobre o que fiz, encontrando o meu percurso para essa melhoria.

Neste contexto, como defendido por Queirós (2000), a educação centrada “no desenvolvimento da reflexão, na e sobre a acção, devem ser a pedra de toque que permitirá a mudança...” (Pires, 2004, p.16), pelo que considero que a minha experiência foi nessa linha de atuação, permitindo uma consolidação de conhecimentos, revelando-se uma mais-valia na confiança e na segurança demonstrada, posteriormente, em contexto de trabalho. O facto de ocorrer um encontro pós observação também foi um aspeto muito benéfico, pois permitiu um espaço de partilha e reflexão conjunta sobre a prestação de cuidados à doente, tendo sido um facilitador da reflexão sobre a ação. Tal permitiu dar-me espaço para me construir, organizar e adquirir ferramentas, levando a mudança de comportamentos. Há, portanto, que investir na reflexão sobre a prática, para que, em contexto de trabalho se atinjam níveis graduais de autonomia, de desempenho responsável da atividade profissional e de desenvolvimento, conquistados diariamente através de um processo dinâmico de certificação de competências e de capacidade de tomar decisões ponderadas e justificáveis.

Para Alarcão “reflectir sobre a experiência e interpretá-la é fundamental, pois só essa actividade conceptualizadora lhe atribui significado” (2001, p.57) e permite tomar decisões adequadas, com vista à excelência da prestação de cuidados de enfermagem diferenciados e personalizados. Neste sentido, assume particular importância a identificação de novos papéis profissionais na aquisição de *skills* considerados necessários para um desempenho eficaz, pelo que considero este estágio como uma situação privilegiada para a implementação de estratégias que me proporcionou meios para a aquisição das indispensáveis perspetivas pessoais.

A criação de um bom clima afetivo-relacional com a orientadora, assim como o desenvolvimento de uma reflexão conjunta foram aspetos facilitadores da aprendizagem. Esta equipa trabalha em conjunto e, como tal, a partilha de experiências, a troca de informação sobre as doentes é já um dado adquirido. O ser envolvida nesse partilhar de *knowhow* e de *expertise* com a equipa foi, de facto, muito enriquecedor para o meu crescimento pessoal e profissional. Esta atitude é reportada por variadíssimos autores, nomeadamente Alarcão e Tavares (2003), como determinante no sucesso do processo de ensino/aprendizagem. Também o modelo de supervisão adotado pela OE refere que “o supervisor seja capaz de favorecer o estabelecimento de uma relação interpessoal, numa atmosfera afetivo-relacional positiva, que assente numa entreaajuda recíproca (...) tida por favorecedora de aprendizagem e desenvolvimento” (2010, p.7).

Assim, penso que também este é um dos fatores positivos a destacar. Sobre esta atitude da enfermeira orientadora, considero algo a ter em conta na minha relação supervisa com colegas e alunos, mantendo o foco no desenvolvimento das suas competências profissionais e facilitando a atitude introspetiva autónoma. O enfoque no estabelecimento de relações pessoais significativas é essencial, em que *skills* de relacionamento interpessoal emergem como fundamentais, segundo Alarcão, numa “relação adulta de acolhimento, ajuda e formação, numa relação dialogante, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, solidária, responsável” (2003, p. 58). De acordo, Sá-Chaves refere que, através deste caminho do agir profissional, numa construção do saber e do ser, pela prática reflexiva, espera-se que o profissional em integração alcance a sua autonomia, com “criação de condições propiciadoras de uma envolvimento de aprendizagem cognitivamente estimulante e afetivamente gratificante”, mas também “na monitorização de processos de reflexão sistemáticos e continuados sobre a própria prática” (2000, p.193).

Por fim, não posso deixar de referir a extrema relevância da cogitação demonstrada nesta reflexão, que me permitiu analisar e avaliar as minhas práticas vivenciadas, para as quais não estava desperta e delinear estratégias, baseadas em conhecimentos específicos recentemente adquiridos, que me facilite reformular e melhorar a minha interação a vários níveis: com as doentes, com colegas, com a equipa multidisciplinar e com futuros formandos. Para a OE, tomar consciência “do papel de aprendiz (...) e da forma como este pode contribuir para o seu desenvolvimento, quer enquanto enfermeiros, quer enquanto supervisor” (2010, p.7) é uma premissa básica.

Numa reflexão retrospectiva, posso afirmar que esta interação reverteu-se de aspetos diversificados, não me podendo focar num único. É o seu conjunto que lhe atribui significado. Tal visão faz com que, no seu combinado, tenha sido uma experiência muito enriquecedora e promotora da “autonomização gradual do supervisionado, em contexto profissional, centrado na prática clínica, nos processos de tomada de decisão” (OE, 2010, p.5), potenciando o processo de desenvolvimento de competências. Reconhecer o desenvolvimento de competências profissionais e humanas foi um aspeto a destacar como positivo, que para Alarcão e Tavares (2003), é essencial para uma prática de cuidados mais segura, mais autónoma e de maior qualidade.

A prática reflexiva constitui-se, pois, “uma exigência cada vez mais imperativa e indispensável a qualquer profissional, para que não estagne mas se desenvolva contínua

e permanentemente.” (Sá-Chaves, 1997, p.68), dando resposta ao preconizado no REPE (Regulamento do Exercício Das Práticas de Enfermagem) e proposto pela OE, que defende o exercício profissional tutelado numa busca constante pela excelência dos cuidados.

ANÁLISE

Nesta fase do Ciclo de Gibbs, vou-me reportar às minhas intervenções junto desta doente e sua família, analisando a adequação da minha interação.

A minha intervenção nesta fase precoce foi essencial, em que fiz o acolhimento e esclarecimento acerca da sua patologia, ambiente hospitalar e eventos futuros, prestei apoio emocional, de modo individualizado, direcionado e adaptado à doente. Para Pereira “a informação prestada ao utente e à família constitui uma das armas mais poderosas no que se refere à ajuda necessária à aceitação, à confrontação da doença e à adaptação às mudanças que ocorrem” (2005, p. 30), com uma sensação de controlo da situação. Durante a interação de conforto, penso que abordei as questões da doente e familiares de forma adequada, utilizando termos conhecidos da doente, evitando interpretações erradas. Soube interpretar e respeitei o que a doente estava preparada para saber, comunicando as informações de acordo com as suas necessidades de conhecimento e doseando a informação de forma correta. Esta situação ocorreu quando a doente se antecipou e questionou acerca da cirurgia, nesta fase inicial, sem exames pré-operatórios. Alerttei-a para a necessidade de aguardar pela próxima consulta, de modo a ter informações corretas e realistas acerca da sua situação, sem antecipação. Para Dias (1997), ao fornecer expectativas realistas acerca da doença e tratamento, a enfermeira permite a participação da doente nas tomadas de decisão, o processo de *coping* e o seu envolvimento no processo de cuidar. Também Bootorf, Gogag, Lotzkar (1995) referem que possibilita o controlo da situação e modificação do ambiente para promover o seu conforto. Para Kolcaba “as enfermeiras são as pessoas melhor preparadas para confrontar este isolamento e trazer conforto ao sofrimento (...) o conforto é agradável, positivo, multidimensional e o resultado desejável dos cuidados de enfermagem” (1992, p.1).

Manifestei, essencialmente, uma preocupação em estabelecer uma comunicação terapêutica eficaz, sendo um apoio e um elemento de referência para aquela doente, estando, naquele momento, presente só para ela, na sua unicidade. Tentei, acima de

tudo, ajudá-la a mobilizar estratégias para ultrapassar esta fase difícil da vida, cheia de incertezas e angústias. Não me limitei a debitar a informação que tão bem conhecia e tinha interiorizado sobre a patologia, como se de uma rotina se tratasse. Mobilizei a presença da sua família para que tomasse consciência que não estava sozinha neste percurso, diminuindo o seu isolamento e melhorando, assim, a qualidade dos cuidados prestados. Permiti e incentivei a que a doente expressasse os seus sentimentos num momento de elevada e extrema vulnerabilidade, em que, por um período, as lágrimas tombavam... e eu estava ali. Estas intervenções amenizaram os desconfortos, reduziram o medo e ansiedade, promovendo a capacidade de tomar decisões.

Tal assistência esteve voltada não apenas ao cuidado físico, mas, principalmente, para o cuidado emocional na compreensão da fragilidade da doente nesta fase, como fator essencial do contacto, em cada palavra e em cada gesto, em cada olhar, das mais variadas formas, mostrando disponibilidade para ajudar e apoiar.

Refletindo acerca da minha intervenção nesta situação específica, penso que utilizei várias estratégias de conforto durante esta interação, como medidas de conforto físico, emocional e informações específicas, dando-lhe oportunidade de tomar decisões informadas. Assim, dar informação às pessoas é benéfico do ponto de vista do seu ajustamento psicossocial e obviamente relevante em termos da qualidade global da prestação de cuidados de saúde, diminui o seu isolamento e medos e reduz a incerteza. Existia conforto na forma de tranquilidade, porque esta necessidade estava satisfeita, com redução da ansiedade, em que, para Kolcaba “o conforto é um resultado desejável dos cuidados de enfermagem porque facilita ganhos no desempenho físico e/ou psicológico” (1994, p.1179).

Considero, portanto, que a minha intervenção foi no seguimento das competências assinaladas por Benner (2001), no Domínio da Função de Ajuda, tomei medidas para assegurar o conforto e preservar a personalidade da doente com cancro da mama, estive presente junto dela, otimizei a sua participação no controle da sua própria situação de doença e recuperação, proporcionei conforto e comuniquéi pelo toque. Como competência desenvolvida neste domínio, identifico, ainda, a capacidade de guiar e servir de mediadora para ajudar os doentes aquando de mudanças no plano emocional, físico, psicológico e cultural, utilizar objetivos com fim terapêutico e promover um ambiente terapêutico, criando uma atmosfera de confiança e de comunicação partilhada. Durante a minha interação com esta doente proporcionei uma relação favorecedora de recuperação

e de cura em que estar presente e sentir-me implicada foi premissa básica no processo relacional. A criação de um ambiente propício ao estabelecimento de uma relação com estes doentes e família permitiu-me desenvolver a capacidade de escutar, compreender o que a doença e a cura significa para o doente e o que a doença interrompe na sua vida, como referido por Benner (2001). Para poder ajudar e orientar a pessoa doente e sua família, foi necessário envolver-me e acreditar no que fazia, pois para esta autora “a perícia depende do envolvimento da pessoa numa dada situação” (2001, p.235).

Salientou-se igualmente, as competências enunciadas por Benner (2001), na Função de Educação e Orientação. Saber o momento em que a doente estava pronta a aprender e aberta a informações, compreender como interpretava a sua doença, permitindo-lhe a expressão de sentimentos e analisar até que ponto precisava e queria ser informada, utilizando um vocabulário que pudesse entender, foram algumas das competências que se destacaram na minha intervenção.

Os longos silêncios que se instalaram foram primordiais, permitindo demonstrar estar atenta para ouvi-la, assim como transmitir apoio e compreensão pelo seu estado. Para Benner, proporcionar conforto e comunicar pelo toque “é muitas vezes o único meio que permite o reconforto e a comunicação” (2001, p.88). Após um momento de silêncio, ambas nos centrámos na análise e tentativa de resolução das dificuldades e inquietações que a doente verbalizou, tentando minorar a ansiedade e o medo manifestado.

Por fim, o facto de demonstrar consideração pela forma como a doente toma as suas decisões, oferecendo escolhas ao invés de impor soluções, permitiu a assistência centrada na doente, com a resolução de problemas em parceria, permitindo, assim, a realização de decisões informadas, com reconhecimento da sua importância na interação. Esta atitude ajudou a diminuir o desconforto sentido, tendo a doente mobilizado os seus recursos e demonstrando capacidades de enfrentar a situação, como defendido por Bootorf, Gogag e Lotzkar (1995).

Esta atuação vai de encontro ao preconizado pela OE (2010) ao referir que o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa, prescreve intervenções de enfermagem de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. Para Kolcaba “o objectivo dessa avaliação e cuidado proactivo é minimizar os aspectos negativos da doença e trauma (como dor, depressão e ansiedade) e realçar os indicadores positivos das actividades diárias (como conforto, esperança e resiliência)” (2006, p.541).

As estratégias de conforto parecem representar um papel *major* em ajudar os doentes com cancro a resolverem os desconfortos associados às diferentes fases da doença e tratamento, reduzindo o seu sofrimento. Nesta perspetiva, Bootorf, Gogag e Lotzkar, enfatizam que “os momentos de desconforto providenciam oportunidades de trabalho de conforto sensível com pacientes de cancro, que muitas vezes envolve combinações criativas (...) em situações de *distress* agudo ou desconforto” (1995, p. 1082), pelo que “é importante que as enfermeiras integrem as estratégias de conforto nas suas rotinas de prestação de cuidados (...) como modo de prevenir o aumento do *distress* para níveis de ruptura e maximizar o conforto” (1995, p. 1082). Kolcaba e Kolcaba denominam as estratégias de conforto “...de intervenções de enfermagem, se o objectivo é promover um estado de tranquilidade física ou mental” (1991, p. 1304).

Os cuidados de enfermagem foram definidos em parceria, com vista à autonomia do cuidado, numa relação recíproca de cuidado participativo e humanizante. Assim, um atendimento individualizado e complexo aliado a competências técnicas e científicas e a atitudes focadas no cuidar, traduzem-se pela eficácia e no maior respeito pelo indivíduo singular, em que a enfermeira não se poupa a sucessivas tentativas na busca das intervenções que confortem aquele doente, evidenciada por uma recuperação física e psíquica eficaz. Esta perspetiva é partilhada por Benner que refere que “compreender o cuidar como uma prática, em vez de ser apenas um puro sentimento ou um conjunto de atitudes que estão para além da prática, revela o conhecimento e a competência que o cuidar excelente requer” (2001, p. 16). Exige ao enfermeiro uma união de princípios que abrangem o conhecimento, o saber ser e o saber estar, ter experiência para escutar e compreender o que a doença significa para o doente, no que o condiciona e o significado da cura, com a finalidade de ajudar alguém na sua singularidade, em função de cada situação.

CONCLUSÃO

Inerente a todo o processo de doença e tratamento, não podemos esquecer um elemento vital dentro desta globalidade: a família. A família é o elemento mais próximo do doente para o acompanhar, pelo que doente e família devem ser encarados como um sistema. A experiência de cancro num elemento da família é um acontecimento de vida que requer adaptação do doente e da família, uma vez que ambos vivenciam uma situação de crise.

A vivência da doença oncológica, sendo considerada como um facto individual, familiar, social e com grande carga emocional, traz alterações para a vida não só do doente, mas também da sua família. São desencadeadas mudanças drásticas de papéis, alterações de atitudes e comportamentos na procura de estratégias para enfrentar os problemas e adaptar-se a essas mudanças.

Para ajudar o doente de forma global, Nunes refere que o enfermeiro “deve adoptar intervenções globais e personalizadas, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida das mulheres com este diagnóstico” (2008, p.8). Também Benner (2001) diz que a capacidade de vermos uma situação na sua globalidade, não nos detendo num só aspeto, permite a progressão do profissional para o nível de competência seguinte, melhorando os seus processos de decisão e de compreensão da complexidade e de significação da situação.

Nesta interação específica, considero que envolver a família teria sido benéfico. Foquei a minha intervenção essencialmente na doente, na procura da resolução da sua ansiedade e dos seus medos, intervindo pouco junto do seu marido, que também estava a viver esta situação. Penso que a minha intervenção teria sido mais enriquecedora se tivesse envolvido o marido nos cuidados, mostrando disponibilidade para escutar as suas preocupações, facilitando a comunicação e a interação na resolução de problemas e articular os recursos disponíveis para proporcionar a satisfação de algumas necessidades, fazendo com que se sentisse ajudado, compreendido e envolvido.

PLANO DE AÇÃO

Estando alerta para esta necessidade, pretendo, em todas as minhas futuras interações, envolver a família nos cuidados nas várias fases do percurso da doente com cancro da mama. Benner (2001) reconhece a importância do papel da família na cura da doente, pelo que proporcionar apoio afetivo e informar as famílias dos doentes surge como uma competência imprescindível do papel de ajuda da enfermeira. Esta atenção permite que os cuidadores informais reúnam ferramentas essenciais para prestarem cuidados em segurança, um apoio afetivo, a partilha de saberes e a participação conjunta no cuidar, que reverte em eficácia e eficiência.

Devo utilizar uma abordagem holística do cuidar, direcionando as intervenções a toda a família, percebendo de que forma esta vivencia a doença, qual a sua compreensão e percepção da mesma, quais os seus medos e os seus receios. Esta percepção é

condicionada pelas características individuais de cada um, experiências prévias, crenças e valores e contexto sócio-cultural em que doente/família se inserem.

Perante uma situação de doença oncológica, as famílias apresentam um conjunto de necessidades, podendo os enfermeiros desempenhar um papel fundamental na satisfação das mesmas. Pereira e Lopes (2005) referem que os enfermeiros devem interceder junto da família, mostrando disponibilidade para ajudar. A abertura dos profissionais vai possibilitar uma intervenção eficaz e atempada. Ajudar a família a compreender as reações habituais durante o percurso da doença, como o stress emocional e as alterações de comportamento, estar desperta para o aparecimento de problemas e dar especial atenção às perturbações emocionais que possam surgir na família, possibilita a sua resolução antecipada.

Cabe ao enfermeiro clarificar sobre as necessidades de comunicação do doente, incentivar o toque e o acompanhamento ao longo do seu percurso de doença e tratamento. Conhecer a dinâmica psicossocial da família com o doente e os seus recursos e disponibilidades possibilitam desenvolver estratégias para resolver a situação, ajudar a família a dividir as tarefas, a planear os cuidados de forma a resguardarem algum tempo para si próprios, não se esgotando precocemente.

Estes objetivos não se atingem num só dia nem num só momento, é uma construção diária em conjunto com a doente e família, no atingir de um bem-estar físico e psicológico. Proporciona-se, segundo Kolcaba, um conforto holístico, definido como “a experiência imediata de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental), muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos” (2009, p.254).

A importância do papel das famílias na cura do doente destaca-se como essencial na intervenção de enfermagem, pelo que pretendo considerar, em futuras interações, tanto as necessidades dos doentes como dos familiares, otimizando o seu papel no acompanhamento da pessoa doente.

BIBLIOGRAFIA

ALARCÃO, Isabel – Formação Reflexiva. **Revista Referência**. [em linha]. 1ª Série, n.º6 (Maio 2001), 54-59. ISSN 0874-0283. [Acedido em 16.11.2011]. Disponível em: http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2076&id_rev=5&id_edicao=21

ALARCÃO, I.; TAVARES, J. (2003) - **Supervisão da prática pedagógica : uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem**. Coimbra: Edições Almedina. ISBN 9789724018522.

ALARCÃO, I.; RUA, Marília – Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. **Texto Contexto Enfermagem**. [em linha]. Vol. 14, n.º3 (Jul-Set 2005) 373-382. ISSN 0104-0707.

BENNER, Patrícia (2001) - **De iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X

BOND, Meg; HOLLAND, Stevie (1998) – **Skills of Clinical Supervision for Nurses. A practical guide for supervisees, clinical supervisors and managers**. Philadelphia: Open University Press. ISBN 0-335-19660-8.

BOOTORF, J.; GOGAG, M.; LOTZKAR, M. – Comforting: exploring the work of cancer nurses. **Journal of advanced nursing**. [em linha]. Vol. 22 (1995) 1077-1084.

DIAS, Maria do Rosário (1997) - **A esmeralda perdida. A informação ao utente com cancro da mama**. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. ISBN: 972-8400-04-7.

JASPER, Melanie (2003) - **Beginning reflective practice**. United Kingdom: Nelson Thornes Ltd. ISBN: 0748771174.

KOLCABA, K.; KOLCABA, R. (1991) – An analysis of the concept of comfort. **Journal of Advanced Nursing**. Volume 16 (1991), p. 1301-1310.

KOLCABA, K. (1992). Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. **Advances in Nursing Sciences**. [em linha]. Volume 15, n.º. 1 (1992), p.1-10. [Acedido em 16/11/2011]. Disponível em:

http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/abstract/1992/09000/holistic_comfort_operationalizing_the_construct.3.aspx

KOLCABA, K. (1994) - A theory of holistic comfort for nursing. **Journal of Advanced Nursing**. Volume 19 (1994), p.1178-1184.

KOLCABA, K.; [et al.] (2006) - Comfort Theory. A unifying framework to enhance the practice environment. **The Journal of Nursing Administration**. Volume 36, nº11 (Nov. 2006), p.538-544.

KOLCABA, K. (2009) - Comfort. *In* Peterson, S. J.; Bredow, T. S. - **Middle Range Theories. Application to nursing research**. EUA: Lippincott Williams & Wilkins, 2009. p. 254-272.

NUNES, A. (2008) - **Ajustamento Psicossocial da Mulher com Cancro da Mama Submetida a Mastectomia e a Quimioterapia Neoadjuvante e Adjuvante**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Oncologia. [Acedido em 24.11.2011]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9148/2/Anabela%20Nunes.pdf>

OLIVEIRA, Irene (2004) – **Vivências da Mulher Mastectomizada. Abordagem Fenomenológica da Relação com o Corpo**. Porto: Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição. ISBN 972-99144-0-0.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (1998) - **REPE Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Acedido em 15/11/2011]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) - Caderno temático: **Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Acedido em 15/11/2011]. Disponível em: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/cadernostematicos2.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Caderno Temático – Modelo de Desenvolvimento Profissional – Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Acedido em 12/11/2011]. Disponível em:

<https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/cadernostematicos1.pdf>

OTTO, Shirley E. (2000) – **Enfermagem em Oncologia**. Loures: Lusociência, edições técnicas e científicas, Lda. ISBN 972-8383-12-6

PEREIRA, Maria Aurora (2005) - **Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto - Contributos para a formação em enfermagem**. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. [Acedido em 20.11.2011]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22906/2/65666.pdf>

PEREIRA, M^a da Graça; LOPES, Cristiana (2005) - **O Doente Oncológico e a Sua Família**. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 9789727961955.

PIRES, R. [et al.] – Supervisão Clínica de Alunos de Enfermagem. **Revista Sinais Vitais**. [em linha]. N.º54 (Maio 2004) 15-17. ISSN 0872-8844.

SÁ-CHAVES, I. (1997) – **Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional**. Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-34723-6.

SÁ-CHAVES, I. (2000) – **Formação, conhecimento e supervisão: contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais**. Aveiro: Universidade de Aveiro. ISBN 972-789-239-6.

SANTOS, M. [et al.] (2010) - Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [em linha]. Vol. 63, nº 4 (Julho/Agosto 2010), p.675-678. ISSN 0034-7167 [Acedido em 20/11/2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/27.pdf>

APÊNDICE 2

Reflexão 2

DESCRIÇÃO

Esta situação decorreu no Estágio da Clínica na Mama de uma Instituição Hospitalar da Especialidade. De forma a dar resposta às minhas necessidades de aprendizagem e aos objetivos por mim delineados no decorrer do estágio, a Enfermeira Orientadora selecionou uma doente, com cirurgia mamária programada, com marcação prévia por arpão da lesão tumoral e biópsia do gânglio sentinela, possibilitando-me o acompanhamento da mesma no seu percurso dentro da instituição. Ao consultar o processo da doente, que me foi disponibilizado, detetei que, como habitual, tinha sido algumas semanas antes informada em Consulta de Enfermagem, após Consulta de Decisão Terapêutica, das rotinas pré-operatórias, tendo-lhe sido explicado em que consistia os ditos exames, assim como o internamento e procedimento cirúrgico. Esta abordagem prévia permitiu-me, igualmente, recolher alguns dados pessoais de relevância, como o seu contexto sociofamiliar e atividades de vida.

A Enfermeira Orientadora conduziu-me ao Serviço de Cirurgia, onde decorreria o internamento da doente, articulando-se com as colegas para lhes dar conhecimento da situação. Assim, ficou combinado, entre todos os intervenientes, que eu me apresentava no serviço de internamento no dia da admissão para fazer o acompanhamento da doente na realização de exames pré-operatórios.

Estava à entrada do serviço, quando as doentes agendadas para cirurgia apareceram. Eu não conhecia a doente, o que me deixava muito desconfortável acerca da abordagem a realizar, para justificar a minha presença junto dela.

Vinha acompanhada do marido. Denotava-se a sua ansiedade pela maneira como se expressava e pelo remexer constante das mãos, procurando apoio junto do seu marido, que a acompanhou durante toda esta fase.

O primeiro serviço onde fomos foi ao Serviço de Radiologia, para colocação de arpão. Enquanto esperávamos na sala de espera, apresentei-me e expliquei o objetivo de a acompanhar. Para minha surpresa, a doente demonstrou alívio por estar acompanhada por uma profissional, definido por Kolcaba (1992) como aspeto de conforto, em que uma necessidade urgente de conforto foi, no momento presente, aliviada, permitindo à doente retomar a sua atividade.

A sala era acolhedora, assim como a equipa, que se esforçava por manter a doente calma e confortável, apesar das circunstâncias. Durante a interação de conforto, comunicavam as informações de acordo com as suas necessidades de conhecimento, utilizando uma

linguagem acessível e de fácil compreensão, o que fez com que a doente, embora assustada, se sentisse mais segura, tranquila, menos ansiosa, contribuindo para a sua colaboração na realização da intervenção.

Durante a colocação do arpão estive sempre presente, falando com ela e segurando-lhe a mão, distraíndo-a do procedimento. Esperei com ela na sala, pelo que fomos falando de vários aspetos da sua doença e tratamento.

Posteriormente, fomos encaminhadas para o Serviço de Medicina Nuclear, para determinação do gânglio sentinela. A doente estava ainda mais ansiosa, depois da primeira intervenção, e o facto de não poder alimentar-se ou fumar também contribuía para a sua ansiedade. Referiu, igualmente, receio de ser operada esta tarde. Tinha ainda muitas questões, acerca dos exames, da cirurgia e dos exercícios de reabilitação do membro, enfim, tudo era uma incógnita. Durante as 3 horas de espera, naquela sala fria, a doente esclareceu todas as suas dúvidas, num ambiente de privacidade, partilhou os sentimentos mais íntimos acerca da sua situação de doença e o impacto desta na sua família. Chorou e riu comigo. Estabeleci com esta doente uma relação que transcendeu a simples partilha de informação, foi mais profunda, com partilha de sentimentos e aspetos da sua vida pessoal. Esta abertura possibilitou-me a compreensão singular que a doente possui desta vivência, aspeto evidenciado por Benner (2001) como uma competência da enfermeira.

Por fim, terminado o exame, dirigimo-nos ao serviço de internamento. Assisti ao acolhimento realizado pela enfermeira responsável pela doente, com preenchimento do processo de enfermagem único, já iniciado na Clínica da Mama. Naquele ambiente, eu era uma mera espectadora, tentando apenas não atrapalhar e observar o que me rodeava. Toda aquela dinâmica era, também para mim, desconhecida. Rapidamente foi encaminhada para a sua cama, para ser preparada para cirurgia. Desejei-lhe tudo de bom quando foi levada para o bloco. A doente, com quem eu, de certo modo, consegui estabelecer uma relação de ajuda, durante estas horas de exames e incertezas, esboçou-me um sorriso e disse: “Até amanhã e obrigado!”

No dia seguinte, tal como combinado, apareci no internamento para ver a doente e assistir aos procedimentos da alta. Já se encontrava na sala de espera, tudo era uma azáfama, no meio das higienes matinais, da admissão de novas doentes para internamento e processos de alta hospitalar. Percebi, ao falar com ela, que permanecia com muitas dúvidas relativamente aos cuidados pós-cirúrgicos. Os acontecimentos precipitaram-se

desde a cirurgia, quando veio para o internamento a equipa de enfermagem já era outra e rapidamente passou a noite. De manhã não tinha existido ainda oportunidade de falar calmamente com alguém. Enquanto falávamos e dizia só querer ir para casa, uma enfermeira entregou-lhe os papéis da alta, tendo-lhe explicado em que consistia: uma receita do seu médico assistente, carta de alta hospitalar com marcação de consulta, carta de alta de enfermagem e folha de encaminhamento com penso marcado para a Clínica. Esclareci as suas dúvidas, tendo em conta os meus conhecimentos acerca do circuito em ambulatório e os cuidados a ter com o penso operatório, com o membro do lado operado e os exercícios de reabilitação.

Despedimo-nos... de certo modo, eu, naquele curtíssimo espaço de tempo (da véspera e deste momento), fui uma pessoa significativa na vida dela, e será assim que serei recordada, quem esteve presente naquele curto momento de ansiedade, de dúvidas, de medo e de desconforto, mas que, realmente, esteve ali com ela!

SENTIMENTOS E PENSAMENTOS

Numa reflexão retrospectiva, posso afirmar que esta interação expandiu os meus horizontes e, como tal, penso ser benéfico transmitir, em curtas linhas, o que esta formanda, agora no papel de profissional, apreendeu, sentiu e refletiu.

Quando fiz o acompanhamento desta doente, o meu objetivo primordial era compreender a articulação de cuidados intra-hospitalar existente, imprescindível no percurso hospitalar da doente oncológica com cancro da mama, que garanta a continuidade dos cuidados prestados na organização, a facilitação do percurso terapêutico e a coordenação entre os profissionais de saúde. Também era do meu interesse compreender, na prática, todos os exames realizados, colmatando a minha curiosidade acerca dessas intervenções específicas, as quais não tinha tido oportunidade de observar. No entanto, ressaltou deste momento um aspeto muito importante: a visão da doente que vivencia todo este percurso, como uma benesse neste contexto.

Refletindo acerca da minha intervenção, constato que, inicialmente, focalizei toda a minha atenção na componente técnica e científica. Mas, inevitavelmente, ao estabelecer contacto com a doente na sua unicidade, transcendi essa assistência e foquei-me, sobretudo, no nível existencial, com o desenvolvimento da prestação de cuidados globais e individualizados, dando a oportunidade à doente para expressar a compreensão singular que tem desta vivência, na perspetiva de conforto holístico defendido por

Kolcaba. Cuidar é a essência da enfermagem, tendo como objetivo o conforto nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental).

O que percecionei e, de certo modo, vivenciei, colocando-me no lugar do outro, foi que estas doentes se sentem perdidas na imensidão de corredores, consultas, tratamentos, exames, sem referências a quem possam recorrer em caso de necessidade, enquanto as dúvidas relativas aos tratamentos e suas consequências ameaçam invadir a sua mente. Estes sentem-se vulneráveis e desamparados e, segundo Dias et al. "este misto de sentimentos conduz a uma crescente dificuldade de enfrentar a problemática em questão" (2002, p.304). Constatei que os sentimentos nesta fase são transversais a todas as doentes, em que experiências de *stress* devido à separação da família, perda do sentido de controlo, perda antecipada, disponibilidade para a cirurgia e alívio estão muitas vezes entrelaçados (Otto, 2000). Experimentei junto desta doente tudo o que ela sentia e me transmitia, como "sentimentos de isolamento, deslocalização, dor e desconforto, medo e desespero, em resultado da hospitalização" (Bush e Griffin-Sobel, 2002, p. 758). Estes são designados por Kolcaba "desconforto ou aspectos negativos de conforto" (1992, p.2). Foi, obviamente, um momento de tensão e preocupação, embora agora esteja na pessoa de profissional, com experiência e saberes adquiridos particulares, e, como tal, com sentimentos de curiosidade e de elevadas expectativas. Eu também me sentia desconfortável com esta situação, o tempo de espera é demasiado longo, o que causou a mim e à doente algum desespero. Percebe-se, portanto, que os espaços de tempo que decorrem entre as diversas etapas pelas quais o doente passa para atingir um fim são devastadores, em que um minuto se revela interminável e o tempo de espera insuportável, para a doente que vive a incerteza do futuro, o que se traduz num sentimento de insegurança.

AVALIAÇÃO

Esta visão abrangente e sentida fez com que, no seu combinado, tenha sido uma experiência muito enriquecedora, excedendo as minhas expectativas iniciais e permitindo-me a tomada de consciência do sofrimento por que estas doentes passam numa situação que, para nós, são meros exames pré-operatórios. Para Kolcaba "estes medos são chamados de necessidades de conforto e quando eles são aliviados, cada necessidade aliviada é chamada um aspecto de conforto" (2003, p.64), e apercebo-me que, ao vivenciar a realidade vivida pela doente oncológica no seu percurso hospitalar, sinto-me

com competência acrescida e melhor posicionada para encorajar, desenvolver e implementar as estratégias necessárias para que os cuidados sejam eficazes e tragam maior satisfação a todos os intervenientes, promovendo modelos de intervenção adaptados à realidade destas necessidades.

Em relação ao observado acerca da articulação de cuidados intra-hospitalar, também foi uma experiência proveitosa. Constatei que a enfermeira responsabiliza-se pela articulação com o cirurgião e o serviço de internamento, assim como restantes serviços necessários envolvidos no processo de tratamento e reabilitação da doente, permitindo a criação das sinergias necessárias à prestação de cuidados diferenciados a estas doentes oncológicas.

Aquando do acolhimento, também foi benéfico observar a importância da articulação já presente e bem-sucedida, entre o serviço de internamento e o ambulatório, com existência de uma relação já sólida e coesa. Ressaltou a importância da disponibilização do processo único como meio de continuidade dos cuidados, com acesso aos registos inicialmente realizados na Clínica, onde foi feita a identificação das necessidades da doente em termos de cuidados de enfermagem e iniciado o plano de cuidados.

Em conclusão, esta experiência proporcionou-me observar um dos aspetos primordiais - a articulação de cuidados intrainstitucional, com a perceção de protocolos e estratégias existentes, indo de encontro aos objetivos do projeto de intervenção. Esta reflexão conduziu-me ao desenvolvimento e promoção de momentos de introspeção e formação pessoal, fomentando o meu crescimento pessoal e profissional.

Como tal, apostar no desenvolvimento de competências e em mudanças comportamentais é premissa básica, com construção de modelos de intervenção adaptados às necessidades dos utentes e das suas famílias na doença oncológica, para que os cuidados sejam eficazes e tragam maior conforto a todos os intervenientes da equipa multidisciplinar. A teoria do conforto será um aspeto facilitador deste processo. Implica um *outcome* que é mensurável, holístico, positivo, visão inteiramente interligada na génese e filosofia da enfermagem, em que ajudar o outro a alcançar o máximo de autonomia, promovendo um bem-estar físico, psíquico, sócio e cultural é primordial.

ANÁLISE

Como preconizado no Ciclo de Gibbs, nesta fase destaco a minha intervenção junto desta doente, analisando a adequação da minha interação, segundo o Modelo de Kolcaba e a aquisição de competências de Benner.

Assim, baseando-me na teoria do conforto de Kolcaba (1992, 2006) e fazendo uma análise retrospectiva, procedi a uma identificação das necessidades de conforto da doente, o que me permitiu intervir de forma específica, promovendo conforto no sentido transcendental no contexto psicoespiritual e sociocultural. Percebo, diante desta realidade, que a comunicação foi essencial para a promoção do conhecimento mútuo e para o esclarecimento de dúvidas e tranquilidade da doente. A minha intervenção foi nesse sentido, tendo feito o esclarecimento acerca da intervenção cirúrgica e prestado apoio emocional, de modo individualizado, direcionado e adaptado à doente (preparação pré-cirurgia, como regressará do Bloco Operatório, como é a recuperação). Kolcaba defende, pois, a abordagem holística da doente, em que o acesso à informação e uma atitude de escuta e atenção, possibilita que se sinta acompanhada em todo o percurso do seu tratamento. Sentimento de alívio, de tranquilidade e “...conceitos como esperança, contentamento, certeza (...) são aspectos de conforto” (1992, p.1), que se manifesta ao atingir um “estado de contentamento e bem-estar para que possa funcionar eficazmente” (1992, p.6), pela satisfação da necessidade de ser confortada no sentido transcendental e no contexto psicoespiritual.

Benner (2001), também valoriza o papel da enfermeira no Domínio da Função de Educação e de Guia, pois “as enfermeiras avisam os doentes sobre o que devem esperar, corrigem as más interpretações e fornecem explicações quando se produzem mudanças físicas” (Benner, 2001, p.103). Esta autora reconhece, igualmente, que quando um doente tem medo, como nesta situação em particular, a educação torna-se muito mais complicada, pelo que a utilização de recursos pessoais como a atitude, o tom de voz, o humor e a competência são essenciais. Penso que a minha interação seguiu nesse caminho, como afirma Benner, pois uma grande parte das competências compreendidas na função de educação ressaltam quando as enfermeiras não propõem apenas informação, mas “oferecem maneiras de ser, de enfrentar e mesmo novas perspectivas ao doente” (Benner, 2001, p. 104).

Um dos fatores que contribuiu para a facilitação do fluxo da doente, relaciona-se com a centralização de recursos existente nesta instituição. Esta permite a concentração de

esforço, competência e experiência dos profissionais que prestam os cuidados para obtenção dos melhores resultados, dos recursos necessários para que se verifique um nível de especialização dos serviços e uma convergência de recursos adequados, aliados a uma priorização dos objectivos de segurança e qualidade. Assim, esta filosofia, é um contributo para que se cumpram objetivos que se traduzem em melhoria da qualidade assistencial aos doentes e familiares, em ganhos de eficiência e também de satisfação dos profissionais, indo de encontro ao preconizado pela Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas (2009).

A centralização de informação pertinente num processo único, permite uma atuação direta sobre o problema identificado, facilita o seu percurso, o que lhe permite receber cuidados com uma resposta ótima, integrada, personalizada e holística. Esta conduta concertada conduz a uma utilização de serviços articulada e eficiente, respondendo às reais necessidades da doente e possibilita uma continuidade dos cuidados efetiva e eficaz, com resolução atempada de problemas. Esta perspetiva é partilhada por Kolcaba (1992, 1994, 2006) ao defender que as intervenções de enfermagem devem ser baseadas na identificação das necessidades das doentes, promovendo "...um estado de tranquilidade física ou mental" (1991, p. 1304). Segundo a mesma teórica, são aspectos que "... estão na esfera dos cuidados de enfermagem e ambos estão fortemente relacionados com a qualidade dos cuidados e a satisfação dos utentes" (1992, p.10). Assim, reduz-se o desconforto, ansiedade e insegurança no seu percurso, o medo do ambiente desconhecido pela falta de articulação e acompanhamento dos profissionais, evita informação repetida (em que a doente é obrigada a repetir as mesmas histórias e situações), a descontinuidade de cuidados (pelo atraso ou inexistência de acesso à informação), falhas nos registos e duplicação de informação, como estabelecido no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (PNS, 2010).

No entanto, embora existisse um plano de cuidados, com levantamento das necessidades prévias ao internamento, este não teve continuidade no momento do acolhimento e a utilidade da disponibilização da informação não foi aproveitada na sua amplitude. Várias razões podem ser exploradas para o rápido acolhimento, de certo modo impessoal, sem espaço para a colocação de dúvidas ou expressão de sentimentos. Este facto pode-se atribuir, provavelmente, ao grande fluxo de utentes a serem internadas, assim como pela aproximação da hora da cirurgia. A utente sentiu-se deslocada e abandonada, pois é no momento da admissão que o doente se sente mais desprotegido e inseguro, com a

sensação de desamparo e de não saber a quem recorrer. Uma abordagem holística revelaria as necessidades por mim identificadas, pelo que, segundo Kolcaba (1992, 1994, 2006), seria relevante que as enfermeiras interviessem no sentido de satisfazer essas necessidades, em que um resultado positivo afetaria a doente como um todo, levando a um aumento do conforto. Silva partilha desta opinião, ao reportar que o “sentimento de segurança e confiança é facilmente alcançável na presença do enfermeiro que se demonstre compreensivo e que se interesse em ajudar o doente a atingir o máximo conforto” (2010, p.34), pelo que se deverão desenvolver esforços no sentido de exteriorizar interesse, simpatia e compreensão, pois as primeiras impressões na maioria das vezes são as que mais perduram.

Por fim, uma reflexão acerca da alta hospitalar. A imposição da redução das listas de espera para cirurgia reflete-se na redução do tempo de internamento dos doentes, na falta de tempo no seu acolhimento e na preparação da alta, por parte dos profissionais. Como resultado, persiste a sensação de desamparo na alta e de insegurança aquando do regresso a casa. Em consonância, Pereira e Lopes referem que no momento da alta, há um sentimento de alívio, contudo, a “desvinculação dos tratamentos e dos profissionais pode ser vivida com alguma insegurança, receio e ansiedade” (2005, p.48).

Verifiquei, pois, que não houve muita disponibilida de para esclarecer dúvidas, ali no meio do corredor, em que não se estabeleceu um vínculo propício a uma relação de ajuda eficaz e significativa que permitisse essa abertura, devido, seguramente, ao curto internamento. Também a utente, por falta de tempo, de segurança ou de não estar à vontade para o dizer, acaba por não expor os seus sentimentos e dúvidas, comprometendo o sentimento de segurança que deveria estar presente. Kolcaba, Tilton e Drouin defendem que, para colmatar este desconforto, “pacientes e familiares querem ser consolados em situações stressantes de saúde...” (2006, p. 541) Ficou, pois, a tal sensação de desamparo tão bem conhecida, que pretendo colmatar com a implementação do projeto, em contexto de trabalho.

Tal poderia ter consequências acrescidas, não fosse o investimento no acompanhamento em ambulatório, com a identificação das necessidades precocemente e a implementação de ações de enfermagem dirigidas, disponibilizando informações e orientações mais completas, no pré e pós-operatório em articulação com o internamento, atendendo à globalidade das necessidades da doente.

Acresce o facto de os profissionais estarem menos motivados, devido à elevada rotatividade a que se assiste diariamente no serviço de internamento, o que leva a um desgaste físico. A falta de tempo é uma realidade, em que estar disponível torna-se numa quase impossibilidade, pela exigência imposta pelas rotinas diárias, que pouco tempo sobra para “estar com” e para que se possa criar uma relação de confiança com as utentes. Isto remete-me para o conforto dos enfermeiros, como aspeto a ter em consideração neste contexto. Segundo a Teoria do Conforto (Kolcaba, 2006), também estes necessitam ver satisfeitas as suas necessidades básicas nos quatro contextos - físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (estrutura organizacional). São apontados por esta teórica vários itens como continuidade dos cuidados, pessoal suficiente, espaço suficiente para trabalhar, entre outros, como essenciais para aumentar o conforto das enfermeiras, o que permite maior satisfação, maior compromisso com a instituição, maior eficiência de trabalho e melhor produtividade. Kolcaba refere que “estes *outcomes* das enfermeiras resultam em *outcomes* melhorados dos pacientes e aumenta a coesão organizacional” (2006, p.539).

No regresso à Clínica, dei continuidade à minha relação durante a realização do penso operatório. O processo de articulação existente entre profissionais, revela-se bastante eficaz pela utilização do processo único do utente, com os registos de enfermagem acerca das intercorrências durante o internamento. Kolcaba, Tilton e Drouin enfatizam a importância dos registos, pois “a avaliação e documentação pré e pós as intervenções de conforto é fundamental (...) é a única maneira de demonstrar quando os pacientes e famílias ficam mais confortáveis, como resultado dessas intervenções” (2006, p.540). Para estes autores, o conforto resulta num efeito positivo em que os doentes aderem mais facilmente a comportamentos de procura de cuidados de saúde e tem *outcomes* positivos para a instituição, como redução de custos, tempo de internamento mais curto, maior satisfação dos profissionais e dos doentes e rácio custo-benefício favorável. Kolcaba refere ainda que “o objectivo dessa avaliação e cuidado proactivo é minimizar os aspectos negativos da doença e trauma (como dor, depressão e ansiedade) e realçar os indicadores positivos das actividades diárias (como conforto, esperança e resiliência)” (2006, p.541).

Como aspetos menos positivos, tenho a referir a inexistência de visitas ao internamento na fase pré-operatória (no sentido de desmistificar medos) e inexistência de um enfermeiro responsável pelo acolhimento destas mulheres no internamento, Potter e Perry

(1999) e Dias (1997) defendem que durante o processo de transferência, o acompanhamento possibilita a redução da sua ansiedade, do isolamento e medos e favorece a participação nas tomadas de decisão, o processo de *coping* e a capacidade de enfrentar a situação.

Em ambulatório, não existir uma enfermeira responsável pelo doente poderia pressupor a fragmentação e descontinuidade dos cuidados, não fossem as estratégias desenvolvidas pela equipa: momentos informais de partilha das situações, utilização de um processo clínico único, registos sistematizados e implementação da sistematização da Consulta de Enfermagem, com uniformização das intervenções do aconselhamento à doente e família, favorecedoras de uma sensação de conforto das doentes. Kolcaba refere então “que o conforto é um resultado desejável dos cuidados de enfermagem, porque facilita ganhos no desempenho físico e/ou psicológico” (1994, p.1179).

CONCLUSÃO

Tendo em consideração o exposto acima, penso que, nesta relação de ajuda, transpareceu um cuidado vocacionado para a compreensão da fragilidade da doente, promovendo suporte emocional e informativo e assegurando conforto físico, emocional e espiritual. Como refere Benner (2001), nas minhas tomadas de decisão, compreendi a globalidade das várias situações vivenciadas e percecionei o processo de confortar como parte integrante do meu Cuidar, contribuindo para um melhor bem-estar, tranquilidade, segurança e alívio, como resultado de uma intervenção personalizada, holística e individualizada. A esta relação esteve subjacente o Saber, Saber Ser e Saber Estar na relação com o outro. A presença e a demonstração de disponibilidade para ouvir, esclarecer e apoiar, foram medidas utilizadas com o objetivo de proporcionar conforto a esta doente durante esta fase. Nesta interação de conforto, as competências relacionais sobrepuseram às técnicas e o apoio emocional salientou-se como fator essencial da relação de ajuda.

Assim, assumi um compromisso e um envolvimento de ordem relacional com a doente na prática de enfermagem, promovendo o seu processo de recuperação e de cura. A comunicação com a doente foi uma peça chave na sua abordagem, permitindo a aproximação tão necessária num momento de tanta fragilidade.

Penso que investi ao máximo nesta relação, demonstrando competências no domínio da função de ajuda e no domínio da função de educação e de guia, como preconizado por Benner (2001), com um resultado positivo no conforto e tranquilidade da doente.

PLANO DE AÇÃO

Numa situação futura, a minha intervenção junto do doente será semelhante, pois considero ter sido proveitosa para todos os intervenientes. Obviamente, terei em conta a unicidade daquela situação e daquela pessoa, adequando as minhas ações para responder à individualidade das suas necessidades.

Encontrando-me num contexto diferente do atual, no meu local de trabalho, penso que envolver os colegas do serviço de internamento na vivência destes doentes e fazê-los entender os medos e ansiedades pré-cirurgia será uma mais-valia na sua prestação de cuidados.

Relativamente à minha intervenção junto dos colegas, considero que esta reflexão permitiu a tomada de consciência de que o doente oncológico, dada a especificidade de cuidados que o envolve, exige uma estratégia de coordenação de cuidados por parte de toda a equipa de saúde. Nesta situação em particular, não tomei iniciativa de transmitir esta vivência da doente às enfermeiras do internamento, pelo que informação relevante foi perdida.

Há que inquietar as mentalidades, promovendo uma atitude reflexiva na equipa, relativamente à articulação de cuidados existente. A abertura necessária possibilitará uma mudança de comportamentos, com vista à prestação de cuidados de enfermagem diferenciados e personalizados, de uma forma autónoma, consciente e refletida. Esta atitude está de acordo com Benner (2001), quando afirma que a utilização de situações reais, permite a reflexão autónoma do profissional, cruzando os conhecimentos científicos adquiridos e os decorrentes da sua prática profissional.

Como futura Enfermeira Especialista, segundo o protocolado pela Ordem dos Enfermeiros (2009), tenho a responsabilidade de desenvolver competências como facilitadora nos processos de aprendizagem, promotora do desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, favorecendo a aquisição de novas perspetivas no seu Cuidar.

Penso que assumir um papel ativo e uma atitude crítica face aos cuidados prestados nas equipas multiprofissionais e fomentar a dinamização no desenvolvimento e

implementação de estratégias promotoras da articulação dos diferentes prestadores e facilitadora do percurso dos doentes submetidos a cirurgia mamária, deverá ser algo a introduzir no meu local de trabalho. Assim, vou contribuir para a continuidade e a excelência dos cuidados a estes doentes.

BIBLIOGRAFIA

BUSH, Nancy; GRIFFIN-SOBEL, Joyce (2002). Cultural Dimensions of Anxiety and Truth Telling. **Oncology Nursing Forum**. Volume 29, nº. 5 (2002), p. 757-759. ISBN:1538-0688

BENNER, Patrícia (2001) - **De iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X

DIAS, Maria do Rosário (1997) - **A esmeralda perdida. A informação ao utente com cancro da mama**. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. ISBN:972-8400-04-7.

DIAS, M.; [et al.] (2002) - O cancro da mama no “seio” da família. In: DIAS, M.; DURÁ, E. (2002) – **Territórios da Psicologia Oncológica**. Lisboa: Climepsi. ISBN 972-796-018-9. P. 303-320.

JASPER, Melanie (2003) - **Beginning reflective practice**. United Kingdom: Nelson Thornes Ltd. ISBN: 0748771174.

KOLCABA, K. (1992). Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. **Advances in Nursing Sciences**. [em linha]. Volume 15, nº. 1 (1992), p.1-10. [Acedido em 16/12/2011]. Disponível em:

http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/abstract/1992/09000/holistic_comfort_operationalizing_the_construct.3.aspx

KOLCABA, K. (1994) - A theory of holistic comfort for nursing. **Journal of Advanced Nursing**. Volume 19 (1994), p.1178-1184.

KOLCABA, K. (2003) - **Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research**. New York: Springer.

KOLCABA, K.; [et al.] (2006) - Comfort Theory. A unifying framework to enhance the practice environment. **The Journal of Nursing Administration**. Volume 36, nº11 (Nov. 2006), p.538-544.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) - **Caderno temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) Individualização e Reconhecimento de**

Especialidades Clínicas em Enfermagem Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Acedido em 15/11/2011]. Disponível em:

<https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/cadernostematicos2.pdf>

OTTO, Shirley E. (2000) – **Enfermagem em Oncologia.** Loures: Lusociência, edições técnicas e científicas, Lda. ISBN 972-8383-12-6.

PEREIRA, M^a da Graça; LOPES, Cristiana (2005) - **O Doente Oncológico e a Sua Família.** Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 9789727961955.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas (2009) – **Requisitos para a Prestação de Cuidados em Oncologia.** Lisboa: DGS. [Acedido em: 10/02/2012]. Disponível em:

http://www.acs.min-saude.pt/files/2010/02/requisitos_prestacao_cuidados_do.pdf

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2010) - **Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Cuidados de Saúde Hospitalares.** Lisboa: DGS. [Acedido em 20/12/2011]. Disponível em:

<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSH2.pdf>

POTTER, Patrícia; PERRY, Anne (1999) - **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática.** 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 85-277-0529-X.

SILVA, M. (2010) - **Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico - Acolhimento de Enfermagem.** Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado. [Acedido em 15/12/2011]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26919/2/Dissertacao%20de%20Mestrado%20em%20Ciencias%20de%20Enfermagem%202010.pdf>

APÊNDICE 3

Base de Dados da CLIMA

Doentes submetidos a Quimioterapia

APÊNDICE 4

Registos de Enfermagem da CLIMA

Doente submetida a Quimioterapia

Identificação do doente

***REGISTOS DE ENFERMAGEM DA CLIMA
DOENTE SUBMETIDA A QUIMIOTERAPIA***

Motivo da consulta:

Exames Complementares de Diagnóstico:

Terapêutica Cirúrgica

Cirurgião:

Data:

Cirurgia:

Diagnóstico Histológico

Marcadores Biológicos

Receptores de Estrogénio +++ Receptores de Progesterona +++

CERB B2 Negativo ☐ Positivo ☐ FISH Sim ☐ Não **X**

Ki 67 E - cad

Categorias de ST. GALLEN 2005

Baixo Risco ☐ Risco Intermédio ☐ Alto Risco ☐

Consulta de Decisão Terapêutica a / /

Quimioterapia

Neoadjuvante ☐ Adjuvante ☐ Paliativa ☐

Início / / Fim / /

Sintomas:

Trastuzumab

Neoadjuvante ☐ Adjuvante ☐ Paliativa ☐

Início / / Fim / /

Sintomas:

Hormonoterapia

Neoadjuvante ☐ Adjuvante ☐ Paliativa ☐

Início / / Fim / /

Sintomas:

Consulta de enfermagem – / /

APÊNDICE 5

Reflexão 3

DESCRIÇÃO

Nesta reflexão, vou-me reportar a uma situação ocorrida durante o estágio num Serviço de Internamento de um Hospital Distrital na área de Setúbal, que me marcou especialmente, pelo seu impacto nas pessoas envolvidas.

Era uma manhã atarefada, com vários doentes cirúrgicos de patologia mamária, que impunha um desdobramento quase impossível da equipa de enfermagem para responder às mais variadas exigências, para além da rotina hospitalar já instituída. Eu colaborava com as colegas na prestação de cuidados a estes doentes.

Deparei-me com uma doente que eu já conhecia do Núcleo de Senologia. Reconheceu-me, mas pouco falou. Tinha sido operada há 2 dias, tendo realizado uma Mastectomia Radical Modificada. Quando questionada acerca de como se sentia, rapidamente respondeu que estava tudo bem, remetendo-se para o silêncio.

Continuámos a realizar as nossas atividades, mas algo me incomodava. Perante o meu conhecimento prévio da doente, para mim, aquela resposta surgiu como uma reação, ao invés de expressar os seus reais pensamentos e sentimentos. Em primeira instância, era evidente a fragilidade, a insegurança e o medo do desconhecido, perceptível na sua expressão. Os seus olhos perscrutavam tudo à sua volta, como se tentasse encontrar algo de familiar. Já tinha vivido uma experiência avassaladora, e ainda estava a adaptar-se à sua imagem corporal e às suas limitações, decorrentes da cirurgia.

Após uma troca de impressões com a colega acerca da situação ocorrida, regressei para falar com a doente. Pareceu aliviada com a minha presença. O seu fôlego aparentava uma tristeza profunda e o seu olhar era vago. Não sei explicar, eu sentia, eu sabia que a doente tinha muitas questões a fazer. Embora se tivesse mantido em silêncio, a sua expressão não conseguia ocultar as dúvidas, a carência e a necessidade de falar com alguém, sendo que a própria situação impõe uma abordagem global e holística a estas doentes, num momento tão perturbador.

Sentei-me ao seu lado e esperei um momento em silêncio. Disse: “Diz-me que está tudo bem consigo... mas parece-me um pouco preocupada.” A doente olhou para mim e nada disse. Lágrimas afloraram aos seus olhos e respirou fundo. Perante o silêncio, remeti: “se me disser o que se passa, o que a está a preocupar, eu posso ajudá-la.” Questionei-a acerca do que sentia naquele momento, das suas preocupações e anseios. Estas palavras pareceram transmitir algum conforto à doente, alguma calma, tendo proporcionado uma abertura para que a doente expressasse os seus receios. Verbalizou

sentir-se sozinha naquele quarto e até um pouco abandonada. Referiu várias situações que potenciaram o sentimento de insegurança, de frustração com a sua situação e sensação de impotência perante a realidade traumática da cirurgia. O facto de nunca ter sido internada, não conhecer o serviço, as rotinas e os profissionais, só encontrar pessoas que eram perfeitos estranhos, a tinha assustado mais do que ela pensava ser possível. Mencionou que não ter ninguém com quem falar a deixou angustiada e desamparada, agindo como potenciador do desconforto, pois tinha tantas questões a fazer ainda.

A doente ansiava por alguém que a compreendesse e ao seu sofrimento nesta fase, pelo que permaneci junto dela. Ficámos ali, por detrás de um cortinado, a partilhar estes momentos tão enriquecedores que fazem esquecer tudo o resto, vendo o conforto e segurança proporcionado apenas por estar ali, naquele momento de fragilidade física e psicológica. Colocou as suas dúvidas, expressou os seus medos, os seus anseios, em que a informação já previamente fornecida no Núcleo de Senologia foi consolidada, no contexto de uma relação onde ambas estávamos implicadas, o que permitiu uma abordagem global da doente, como referido por Benner (2001). Em resposta às questões apresentadas pela doente, fiz o esclarecimento acerca da intervenção cirúrgica a que foi submetida, necessidade de realização do penso operatório no Núcleo de Senologia, instruí acerca dos cuidados com a ferida cirúrgica e os drenos. Abordei, ainda, o seroma como uma complicação muito frequente neste tipo de intervenção. Ajudei na realização dos exercícios de reabilitação do membro do lado operado, referi os cuidados a ter no domicílio com as tarefas domésticas, o que poderia ou não fazer, dando uma perspetiva das suas limitações. Foquei sobretudo, as atividades que gostava de fazer, como passear e “ir à terra” (sic). Despertei-a para a oportunidade de fazer isso agora, tempo para passear, para estar com a família, estimulando-a para os aspetos positivos, ao invés de se focar nos negativos.

Era o momento de realizar o primeiro penso pós-operatório, momento vivido com muita ansiedade pela doente, pois ia deparar-se com a realidade. Aquando da realização do penso, ia conversando naturalmente com ela, questionando-a sobre aspetos da sua vida pessoal e da sua família. Dei um *feedback* constante às questões que levantava, nomeadamente acerca dos drenos e da sutura, mantendo um tom de voz calmo e tranquilo. A doente chorou ao confrontar-se com a dura realidade da mastectomia. Referiu: “É mesmo verdade... estou sem mama.” Mantivemo-nos em silêncio, enquanto

expressava a sua dor e a sua angústia. Expliquei que esta é uma situação temporária e que, em breve, fará a reconstrução mamária. Enquanto isso, a prótese definitiva foi proposta como solução para reduzir o impacto negativo da nova imagem corporal. Após a realização do penso operatório, ajudei-a na colocação da prótese temporária no seu sutiã. Embora ainda estivesse numa fase de aceitação da sua nova condição de saúde, mostrou-se recetiva e aliviada com as soluções apresentadas. À medida que fomos falando, ficou mais calma com a sua situação. Expliquei-lhe que iria estar sempre acompanhada ao longo do seu percurso. “Agora vou-me embora, mas se precisar de alguma coisa já sabe onde estou!” A doente sorriu, parecia mais confiante, agora que tinha colocado todas as suas dúvidas.

SENTIMENTOS E PENSAMENTOS

Analisando a situação, identifico o momento em que a doente se viu confrontada com a perda da mama como um período de desconforto para mim. A sensação de desamparo, o sentimento de vulnerabilidade e de incapacidade perante o inevitável, as dúvidas que surgiam Lidar tão de perto com estas emoções, faz com que sentimentos como empatia, angústia e até impotência surjam perante a incapacidade de não poder resolver a situação. Mas surge, igualmente, a vontade e a dedicação em ajudar a doente e sua família a resolver da melhor forma este momento de crise. Nesta perspetiva, é imperativo a aquisição e o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de qualidade a estas doentes.

Tenho noção, contudo, que a experiência proporcionada ao longo de vários anos, de exercício profissional na área da Senologia, fez com que desenvolvesse a capacidade de não me focar somente na doença. São as conversas que tive com inúmeros doentes relativamente à forma como enfrentaram a sua situação e as estratégias que utilizaram para refazer a sua vida diária, que me facultam compreender a situação com que o doente é confrontado na sua globalidade.

É através de uma aprendizagem informal que aprendi as estratégias de adaptação destes doentes e adquiri competências e conhecimentos suplementares no meu papel de guia e orientadora, como proposto por Benner (2001). Deste modo, posso referir que, nesta interação em particular, senti segurança e confiança nos cuidados que prestei, dando resposta às necessidades da doente de uma forma holística.

Ao acompanhar a realidade da doente no internamento, senti o peso do compromisso assumido como enfermeira responsável no Núcleo de Senologia e apercebi-me das reais consequências do reduzido investimento em articular os cuidados entre os serviços.

AVALIAÇÃO

Cabe-me agora, dentro do espírito crítico, fazer uma análise do que foi bom e mau nesta experiência, seguindo a estrutura do Ciclo de Gibbs.

A descrição desta interação, foca-se, sobretudo na minha relação com a doente num momento de especial fragilidade desta, perante a sua doença e tratamento.

Esta interação enriqueceu o meu conhecimento acerca da realidade vivida pela doente, no período de internamento. Possibilitou a compreensão das suas emoções, fragilidades, ansiedades e medos e o desenvolvimento de competências para apoiar e orientar as doentes no seu percurso de adaptação. Esta nova abertura, possibilitou-me detetar os entraves no seu percurso, pelo que ampliei a minha competência no sentido de desenvolver e implementar as estratégias imprescindíveis para a prestação de cuidados de forma articulada, garantindo a qualidade dos mesmos.

Estabelecer uma relação de ajuda num momento de crise como este, num contexto diferente daquele a que estou habituada, foi muito profícuo. Este foi um dos momentos mais significativos em termos de aprendizagem para mim, em que mobilizei as minhas competências relacionais para ajudar a doente a enfrentar melhor o seu processo de doença e tratamento. A manifestação de respeito e compreensão pela situação da doente, dando-lhe tempo para se reorganizar, permanecendo junto dela permitiu-me consolidar a relação de ajuda, transformando um momento de desconforto num momento de alento e de esperança. Benner defende que este tipo de ajuda encerra transformações do sentido, centra-se nas necessidades da doente no momento, muito para além do que é terapêutico ou dos objetivos da enfermeira. É “simplesmente ter a coragem de ficar com o doente, de oferecer o reconforto que a situação permite” (2001, p.76).

Esta relação possibilitou-me, igualmente, a tomada de consciência de que, embora com vasta experiência na área da Senologia, o ser capaz de estabelecer uma relação empática com os doentes é essencial, no entanto sinto que consigo distanciar-me o suficiente para ajudar a doente e família a resolver ou adaptar-se a este momento de crise. Como refere Benner (2001), um certo nível de envolvimento é necessário para que se perceba mudanças subtis nos doentes e aproveitar os recursos e as possibilidades

para dar resposta às necessidades sentidas pelos doentes com cancro da mama e família.

No seu conjunto, a experiência proporcionada permitiu-me consolidar conhecimentos e desenvolver competências profissionais e humanas, promotoras de uma prática de cuidados mais segura, mais autónoma e de qualidade crescente. A formação destas competências foi fruto de um trabalho diferenciado, nomeadamente porque desenvolvi a capacidade de mobilização dos saberes para a resolução de problemas e de imprevistos, procurando o aperfeiçoamento dos processos de formação, assegurando a superação de dificuldades, a conquista de novas aprendizagens e a ampliação da capacidade de reflexão. Neste contexto, Benner defende que se deve “encorajar as enfermeiras a recolherem os seus próprios exemplos, (...) e a trabalharem sobre as questões levantadas sobre o seu próprio conhecimento prático” (2001, p.25), como é perceptível nesta reflexão. Esta autora perspetiva uma nova maneira de ver a prática de enfermagem, para que não nos limitemos à descrição dessa prática como um processo linear e simplista de resolução de problemas, pois limitaria a nossa compreensão da sua complexidade e significado.

Deste modo, cuidar desta doente foi caminhar para a aplicação das competências preconizadas pela OE (2009), relativas ao enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. As unidades de competência respetivas demonstram a mobilização de conhecimentos e habilidades essenciais para responder às necessidades desta pessoa de forma holística, favoreceu a reabilitação da doente e a disponibilização de cuidados de excelência, maximizando a sua qualidade de vida e diminuição do seu sofrimento.

Durante esta interação pude, ainda, viver, experienciar e refletir acerca da realidade do internamento, o que se revelou muito benéfico na persecução do meu objetivo de estágio. Constatei que os enfermeiros desconhecem o funcionamento do Núcleo e os cuidados prestados aos doentes, desde a sua admissão até ao follow-up. Não é possível promover a articulação de cuidados entre os serviços que desconhecem os seus parceiros. O défice de ligação de que se reveste o contacto entre os prestadores de cuidados tem como reflexo uma abordagem fracionada, com uma ciosa separação dos espaços e funções que geram sentimentos de insegurança no doente e família, frequentemente confrontados com novas perguntas e explicações. A perceção da reduzida articulação de cuidados entre o meu serviço e o internamento, na continuidade dos cuidados, favorecedora da situação de desamparo e isolamento que a doente verbalizou, possibilita uma intervenção

apropriada baseada no conhecimento das reais dificuldades existentes. Este é um aspeto que ressalto como positivo, pois permitiu-me alcançar um dos objetivos deste estágio.

ANÁLISE

Nesta fase do Ciclo de Gibbs, reporto-me à minha atividade junto desta doente, baseando-a no Modelo de Kolcaba e na aquisição de competências de Benner. No entanto, ao realizar esta reflexão, não me posso cingir somente a este aspeto. Para dar resposta às necessidades sentidas pela doente, foi essencial a mobilização de competências diversas, consoante os vários fatores que interferiram na adaptação da doente à sua situação, de forma positiva ou negativa. Para Benner (2001), é a capacidade de vermos uma situação na sua globalidade, não nos detendo num só aspeto, que permite a progressão do profissional para o nível de competência seguinte, melhorando os seus processos de decisão e de compreensão da complexidade e de significação da situação.

Quando a doente chegou a este serviço, já tinha percorrido um longo percurso que a levou a passar por tratamentos exaustivos, por inúmeros exames complementares de diagnóstico, etc. Os aspetos verbalizados pela doente, estão de acordo com vários autores (Otto, 2000; Bush e Griffin-Sobel 2002; Oliveira, 2004). Estes referem que o doente enfrenta não só a ideia de incurabilidade, de sofrimento e de morte, mas também a terrível hipótese de mutilação, medo do ambiente desconhecido, pela separação do seu ambiente familiar e pela intervenção cirúrgica em si, além do medo do futuro em relação ao prognóstico. Para esta doente, que lutava com o impacto emocional de um novo diagnóstico e perante a inevitabilidade de uma cirurgia, o momento do internamento reverteu-se numa ocasião de extrema angústia. Observei uma procura em resolver rapidamente o seu problema, pela remoção cirúrgica do tumor, o que lhe trouxe alguma segurança no sentido de não ter de se preocupar com a doença, promotora de um certo conforto. Porém, o alívio causado por essa etapa rapidamente chegou ao fim, iniciando-se um luto diante das consecutivas perdas, quando teve de lidar com um corpo mutilado, consequências da cirurgia e tratamentos futuros, que ainda se mantinham uma incógnita nesta fase do tratamento, como se observa por este relato. Estes medos são designados por Kolcaba “desconforto ou aspectos negativos de conforto” (1992, p.2).

Há a referir o ambiente hospitalar, sendo um dos aspetos focados pela doente, intimidante para quem o desconhece, paredes altas despidas, sendo mais um fator de desconforto.

Não se visualizava algo que revelasse um aconchego e um sentimento de estar em casa, apenas as mobílias habituais de um centro hospitalar, muito impessoal e tecnicista.

Em situação de internamento, Oliveira defende que é incontestável a necessidade dos doentes precisarem de ser ajudados a “melhorar o seu estado de conforto (ou a diminuir o desconforto experimentado), isto é, necessita ser confortado ou que lhe seja promovido conforto” (2008, p.2). Esta ideia aplica-se a esta situação, com esta doente em particular. É possível perceber que a relação estabelecida teve como objetivo o bem-estar holístico da doente, baseado no conhecimento mútuo entre ambas, que possibilita apreender como confortar perante a multiplicidade das necessidades de conforto da pessoa, em cada momento da hospitalização.

No decorrer desta interação de conforto, penso que abordei as questões em termos de necessidades de informação, de forma adaptada ao que a doente queria, precisava e estava preparada para saber nesta fase, como referido por Benner (2001). O acesso à informação permitiu que a doente se sentisse acompanhada em todo o percurso do seu tratamento, com controlo sobre a situação e, conseqüentemente, reduziu o seu desconforto. Santos (2010) refere que a comunicação terapêutica estimula o doente a aprender, entender e a procurar a resolução para os seus desconfortos. Promove, ainda, acessibilidade ao princípio de autonomia, ao consentimento informado, à confiança mútua e à segurança, permitindo criar uma relação empática que é facilitadora da recuperação.

Benner (2001) constatou, na sua investigação, que as enfermeiras peritas “não propõem apenas informações, elas oferecem maneiras de ser, de enfrentar e mesmo novas perspetivas ao doente...” (2001, p. 104), o que concede uma dimensão superior à relação entre a doente e enfermeira/equipa que a acompanha. Como tal, ao aperceber-me desta sua necessidade de estar com alguém, a minha intervenção incidiu no apoio emocional, ajudando-a a reconhecer os seus mecanismos de adaptação à doença, reações e manifestações psicológicas, apoiando na expressão de medos e dúvidas e fornecendo suporte informativo de acordo com esses receios. Tal foi conseguido através da prática de uma escuta ativa, encorajando a sua reintegração nas atividades habituais anteriores ao diagnóstico de vida diária, familiar, profissional e social, estimulando sempre o acompanhamento pela família. Ao refletir sobre isto, penso que revelei um empenhamento para que a doente expressasse as suas preocupações, medos e frustrações. Muitas vezes, são os gestos simples de profissionalismo que podem transformar profundamente mais um momento estressante ou um cenário desolador. Ao

atender às necessidades da doente em todas as suas dimensões, proporcionei conforto físico, emocional e espiritual, como referido por Santos (2010).

Analisando esta relação terapêutica, segundo Benner (2001), ficou demonstrado o poder da relação terapêutica no âmbito da recuperação da doente, pois penso ter suscitado a esperança na doente. Utilizando as minhas necessidades e as da doente, encontrei uma forma de compreensão da situação que foi aceitável para esta. Assim, ajudei-a a exteriorizar as suas emoções, apelando aos seus próprios recursos internos e externos, tornando-a mais forte. Segundo Benner, estas intervenções surgem quando a enfermeira sente-se implicada e “é essa implicação que parece ser a característica do papel de ajuda da enfermeira” (2001, p. 81), tentando criar um ambiente propício ao estabelecimento de uma relação, permitindo a cura.

Este aspeto é notório no momento da realização do primeiro penso operatório, em que conjuguei a técnica (Saber Fazer) com o Saber Estar. O facto de permanecer junto da doente, a importância do toque e permitir que esta exprimisse toda a sua dor, angústia e medo é reconhecido por Benner (2001) como essencial na relação de ajuda.

Houve, portanto, um envolvimento no cuidar, o que permitiu-me, junto com a doente, encontrar novos caminhos para a resolução dos seus problemas, agindo a partir de uma compreensão profunda da situação global. Penso que no decorrer desta interação, evidenciei a mobilização das competências enunciadas por Benner (2001), no Domínio da Relação de Ajuda e da Função de Educação e Orientação, conseguindo associar ambas. Como refere esta autora, o lado humano é distinto do lado puramente educativo, pelo que as enfermeiras devem saber conjugar ambos de forma a uma prestação de cuidados de excelência.

Assim, um atendimento individualizado e complexo aliado a competências técnicas e científicas e a atitudes focadas no cuidar, traduziram-se na eficácia das intervenções de conforto e no maior respeito pela doente na sua singularidade, evidenciando uma recuperação física e psíquica eficaz. Esta perspetiva é partilhada por Benner que refere que “compreender o cuidar como uma prática, em vez de ser apenas um puro sentimento ou um conjunto de atitudes que estão para além da prática, revela o conhecimento e a competência que o cuidar excelente requer” (2001, p. 16). Exige ao enfermeiro uma união de princípios que abrangem o conhecimento, o saber ser e o saber estar, ter experiência para escutar e compreender o que a doença significa para o doente, no que o condiciona e o significado da cura, com a finalidade de ajudar alguém na sua singularidade, em

função de cada situação. Os enfermeiros desempenham um trabalho valioso mas subtil, com a capacidade de ajustar os procedimentos técnicos com “uma imensidão de pequenas coisas”, diluídas na densidade do cuidado, e portanto, frequentemente invisíveis. Penso que confortar se inclui neste universo de subtileza e de invisibilidade do cuidado, podendo ser uma experiência agreste mas vantajosa na vida do enfermeiro.

Constato, porém, que muitos fatores contribuíram para a dificuldade apresentada pela doente na adaptação ao internamento. A proximidade da equipa com a doente, a nível emocional, foi muito reduzida. O tempo despendido é quase sempre dominado pelas tarefas a executar. A rotina dá origem a uma conduta rígida que em situações específicas é desadequada, não dando espaço para uma atenção personalizada a esta doente, nem atribuindo significado aos seus desejos e necessidades, tendo sido identificado como um fator que contribuiu para a não promoção do conforto. Não se proporcionou um ambiente favorável ao estabelecer de uma relação de ajuda, que possibilitasse a expressão de medos e dúvidas e uma comunicação eficaz por parte do enfermeiro.

Assim, a doente fragilizada, à procura de respostas às suas dúvidas, com queixas relacionadas com a doença ou outros aspetos que a preocupavam na evolução da sua situação clínica, não obteve a resposta que tanto necessitava naquele momento. Para Benner “os doentes contam com elas (enfermeiras) para um reconforto que eles não solicitam aos outros profissionais de saúde” (2001, p. 190), pelo que a presença do enfermeiro e da conversa confortadora, numa intervenção personalizada, confere potencial confortador à situação.

Do ponto de vista do profissional de saúde, considero que a equipa está informada da chegada dos doentes e preparada para realizar o seu acolhimento. No entanto, independentemente disso, esta doente representou uma incógnita para a equipa, não havendo um contacto prévio com a mesma. A única informação de que dispunham era apenas a sua identificação e a cirurgia a que ia ser submetida. Tudo o resto é uma construção, numa fase que para a doente é de grande ansiedade e para o profissional, um momento de azáfama perante as constantes e imprevisíveis solicitações do serviço. O doente, intimidado pelo tipo de discurso e impotente perante a rapidez dos acontecimentos, raramente expõe os seus sentimentos e as dúvidas que o atormentam, comprometendo assim o sentimento de segurança que deveria estar presente. O facto de não ter alguém de referência no internamento potencia esta situação, já de si traumática e desgastante.

Analisando esta situação, considero que várias razões possam ser apontadas. Pondero que a articulação entre o Núcleo de Senologia e o Serviço de Internamento é muito frágil e pouco sistemática, o que dificulta uma continuidade de cuidados adequada. A inexistência de um contacto prévio ao internamento entre os doentes e os enfermeiros é relevante, pois, num ápice, temos duas pessoas que não se conhecem em interação.

Devido a esta falta de articulação, o desconhecimento acerca do doente e da sua situação clínica, da sua experiência de vida e dados acerca do seu estado emocional, de aceitação ou não da doença e tratamento, durante o seu percurso até ao internamento, também contribui para este retraimento, como referido por alguns profissionais. Denota-se a dificuldade dos enfermeiros, adicionando todos os outros possíveis fatores adjuvantes em, numa primeira aproximação, abordar os sentimentos do doente ou explorar as informações que o doente detém acerca do internamento e da cirurgia. São os próprios que referem não se sentirem à vontade para tal, dado não terem qualquer relação com esta pessoa, que vem cansada e fragilizada, cheia de medos e preocupações. Embora reconheçam estes sentimentos como estando presentes nos doentes, não conseguem dar o passo seguinte, pelo que os remetem para o seu isolamento, incomodando o estritamente necessário, quando, segundo Benner, deveriam ser eles que “tornam familiar aquilo que assusta ou que é estranho ao doente” (2001, p.103).

Ressalta, igualmente, a limitação de tempo. O estar presente e escutar com tempo e dedicação aquela pessoa revela-se numa quase impossibilidade, no meio de uma imensidão de exigências, pois o tempo já de si tão curto, rapidamente é consumido nas tarefas de rotina, que pouco mais sobra do que aquele momento à chegada e antes do doente adormecer. E isto provoca muitas vezes a sensação de desamparo e de não saber a quem recorrer, como foi perceptível no discurso desta doente em particular.

Relativamente à alta, a equipa reconhece a experiência dos doentes se sentirem perdidos e desamparados, o que faz com que esteja coordenada no sentido de maximizar as suas capacidades, atendendo às suas características individuais. Fornecer informações sobre o plano de alta desde o início do tratamento é uma extensão deste trabalho para promover a continuidade dos cuidados, equipando os doentes e seus entes queridos com o conhecimento, as habilidades e a confiança que lhes permitam gerenciar melhor a sua saúde, uma vez que já não estão ao nosso cuidado. A carta de alta de enfermagem é sempre produzida e entregue pela enfermeira ao doente, como protocolado na instituição. Embora nesta constem os itens essenciais para assegurar que toda a informação é

transmitida, os registos dos cuidados de enfermagem no que se refere ao que foi vivenciado e não aos procedimentos científicos efetuados no período de internamento, são pouco evidenciados e insuficientes para assegurar a continuidade dos cuidados no Núcleo de Senologia.

Estes aspetos são passíveis de mudança através de um trabalho em equipa, criando uma estratégia promotora da articulação dos diferentes prestadores e facilitadora do percurso dos doentes submetidos a cirurgia mamária.

CONCLUSÃO

Naquele momento em particular, de interação com aquele doente, deveria ter procedido a um envolvimento dos colegas, num processo de cuidados partilhados a esta doente. Penso que, se tivesse tomado essa atitude, ajudaria à compreensão e à segurança da equipa, na sua prestação de cuidados, em termos de comunicação com a doente e de relação de ajuda, como referido por Benner (2001). Penso que teria ajudado, igualmente, na sensibilização da equipa para a situação vivida por esta doente, assim como todas as doentes em geral, em situações semelhantes, relativamente ao internamento. Neste sentido, esta autora menciona que é importante que as enfermeiras compreendam a situação com que o doente é confrontado numa doença em particular, para poderem prestar cuidados adequados e específicos a doentes com essa patologia. Refere, ainda, ser benéfica esta partilha de conhecimento entre pares, através da observação de como as enfermeiras abordam os cuidados de enfermagem, nos mais diversos domínios. Isto implica um processo pessoal de construção do saber profissional e um processo de construção de saberes experienciais transmitidos pelos profissionais já experientes.

Não promovi uma troca de experiências no momento da prestação de cuidados, mas partilhei esta situação com a equipa de enfermagem durante o meu estágio naquele serviço. Pretendi promover uma atitude crítica e reflexiva na equipa, conduzindo a uma mudança de comportamento e organizacional relativamente à articulação de cuidados existente. Esta atitude está de acordo com Benner (2001), quando afirma que a utilização de situações da realidade assistencial, permite a reflexão autónoma do profissional, cruzando os conhecimentos científicos adquiridos e os decorrentes da sua prática profissional.

PLANO DE AÇÃO

Quando analiso estes aspetos, considero que uma articulação de cuidados eficaz decerto colmataria algumas destas contrariedades e permitiria que esta relação fosse mais produtiva, tanto para o doente como para o profissional, pelo que um investimento tem que ser feito a este nível. Confortar inicia-se com o acolhimento e prolonga-se na continuidade do cuidado, minimizando o impacto causado pela situação de saúde/doença no doente e família e pelo internamento. O processo de confortar, segundo Kolcaba (2003), para além de aliviar, tranquilizar e ajudar a transcender, contribui para o despertar de sentimentos de confiança entre o enfermeiro e o doente. Como tal, a visita pré-operatória e a existência de um enfermeiro responsável são dois aspetos de conforto, que funcionam como um solo fértil que facilita o suporte psicoemocional ao doente, promove a sua adaptação, minimiza os efeitos negativos do internamento, proporciona segurança e confiança numa experiência de presença e conhecimento mútuo na construção da relação terapêutica, facilmente alcançáveis na presença do enfermeiro que se preocupa em ajudar o doente a atingir o máximo conforto (Magalhães et al., 2004).

Investir na articulação de cuidados entre ambos os serviços vai permitir à equipa de enfermagem um conhecimento mais aprofundado do doente, previamente ao seu internamento, pelo que a intervenção de enfermagem proporcionará o confortar e a experiência de se sentir confortado. Costa (2004) afirma que se traduz em benefícios do ponto de vista da satisfação dos doentes, promove a continuidade dos cuidados, o bem-estar com redução da ansiedade, da agitação, do *stress* e tempo de internamento, com maior independência nas atividades de vida.

Como tal, a postura do enfermeiro deve ir de encontro a estas necessidades, mostrando-se disponível para ouvir e ajudar o doente e família permitindo-lhes que as questões possam ser reformuladas e se reorganizem dentro da nova situação e contexto. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), tal revelaria “o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual do cliente”, a “procura constante da empatia nas interações” efetuadas e “o empenho do enfermeiro tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde” (2002, p.8), promovendo o mais alto nível de satisfação do doente.

Por fim, quero realçar um último ponto nesta reflexão. Durante este estágio tive a oportunidade de viver, experienciar e refletir acerca da realidade do internamento.

Constatei que os enfermeiros desconhecem o funcionamento do Núcleo e os cuidados prestados aos doentes, desde a sua admissão até ao follow-up. Não é possível promover a articulação de cuidados entre os serviços que desconhecem os seus parceiros. O défice de ligação de que se reveste o contacto entre os prestadores de cuidados tem como reflexo uma abordagem fracionada, com uma ciosa separação dos espaços e funções que geram sentimentos de insegurança no doente e família, frequentemente confrontados com novas perguntas e explicações. Como tal, há que assumir a responsabilidade da mudança, criatividade e audácia e criar mecanismos de intervenção pertinentes no sentido de inovar com vista a uma organização mais adequada ao cuidar, desenvolvendo uma estrutura facilitadora da circulação dos doentes no sistema de saúde, que possibilite uma intervenção que é coordenada entre os numerosos cuidadores e que envolve o doente e sua família na troca de informações entre os prestadores, pois estes confiam em nós para ajudar a guiá-los através do labirinto. Qualquer situação de fragilidade (física, psicológica e social) deve ser alvo de sensibilidade e empenho na definição de estratégias, na valorização de trabalho e na promoção de uma ligação entre todos aqueles que trabalham na área da saúde.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, é urgente melhorar as práticas de cuidados, com investimento na construção de modelos de intervenção vocacionados para a articulação e continuidade dos cuidados ao doente oncológico e sua família, com implicações na qualidade de cuidados e na qualidade de vida/sobrevivência do doente.

BIBLIOGRAFIA

BENNER, Patrícia (2001) - **De iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X

BUSH, Nancy; GRIFFIN-SOBEL, Joyce (2002). Cultural Dimensions of Anxiety and Truth Telling. **Oncology Nursing Forum**. Volume 29, nº. 5 (2002), p. 757-759. ISBN:1538-0688

COSTA, J. (2004) - Métodos de prestação de cuidados. **Revista do ISPV**. [em linha]. N.º 30 (Outubro de 2004), p.234-251. [Acedido em 15/02/2012] de Escola Superior de Enfermagem de Viseu - 30 anos. Disponível em:

<http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/default.htm>

JASPER, Melanie (2003) - **Beginning reflective practice**. United Kingdom: Nelson Thornes Ltd. ISBN: 0748771174.

KOLCABA, K. (1992). Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. **Advances in Nursing Sciences**. [em linha]. Volume 15, nº. 1 (1992), p.1-10. [Acedido em 16/12/2011]. Disponível em:

http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/abstract/1992/09000/holistic_comfort_operationalizing_the_construct.3.aspx

KOLCABA, K. (2003) - **Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research**. New York: Springer.

MAGALHÃES, A.; [et al.] (2004) - A implantação do modelo de primary nursing : relato de experiência. **Acta Paulista de Enfermagem**. [em linha]. Vol.17, nº2 (2004), p.235-239. [Acedido em 15/02/2012]. Disponível em:

http://www.unifesp.br/denf/acta/2004/17_2/pdf/art14.pdf

OLIVEIRA, Irene (2004) – **Vivências da Mulher Mastectomizada. Abordagem Fenomenológica da Relação com o Corpo**. Porto: Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição. ISBN 972-99144-0-0.

OLIVEIRA, C.S. (2008) - A experiência de confortar a pessoa hospitalizada: Uma abordagem fenomenológica. **Pensar Enfermagem**. [em linha]. Vol. 12, n.º 1 (2008) p.2-13. [Acedido em 15/02/2012]. Disponível em:

<http://pensarenfermagem.esel.pt/files/4-15.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em [15/02/2012]. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) - **Caderno temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Acedido em 15/11/2011]. Disponível em:

<https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/cadernostematicos2.pdf>

OTTO, Shirley E. (2000) – **Enfermagem em Oncologia**. Loures: Lusociência, edições técnicas e científicas, Lda. ISBN 972-8383-12-6.

SANTOS, M. [et al.] (2010) - Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [em linha]. Vol. 63, nº 4 (Julho/Agosto 2010), p.675-678. ISSN 0034-7167 [Acedido em 20/11/2011]. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/27.pdf>

APÊNDICE 6

Questionário aplicado no Serviço de Internamento

QUESTIONÁRIO

Caro Colega

Durante o estágio do 3º semestre do curso de 2º Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica, pretendo realizar um projecto de intervenção, no sentido de desenvolver competências que me permitam otimizar a articulação de cuidados de enfermagem para promover o conforto do doente com cancro da mama.

Este projeto visa melhorar a articulação entre o Núcleo de Senologia e o Serviço de Internamento, no acompanhamento do doente com cancro da mama, pelo que a sua opinião é de extrema importância na elaboração de mecanismos para o atingir deste objetivo.

A melhoria da articulação entre os serviços traz benefícios para todos os envolvidos. Num primeiro momento permite a melhoria das relações de trabalho e de ambiente entre serviços, mas, sobretudo, resulta numa melhoria substancial e qualitativa do serviço prestado ao doente com cancro da mama.

Como tal, venho por este meio solicitar a sua colaboração no preenchimento deste questionário, cujos dados servirão para uma avaliação inicial das necessidades/dificuldades identificadas acerca da problemática, no âmbito do estágio.

Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer dos itens, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera. Este questionário é de natureza confidencial e anónima.

Agradeço desde já a sua colaboração

Atenciosamente
Carla Cristóvão

A sua colaboração é fundamental para o sucesso deste projeto!

QUESTIONÁRIO

1. Na sua opinião, no que respeita à sua perceção acerca da informação fornecida ao doente na Consulta de Enfermagem de Senologia, o doente demonstra, no momento da admissão, conhecimento relativo a:

1.1 Internamento

| | Demonstra | Demonstra mas precisa reforço | Não demonstra | Desconhece |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Admissão | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Alta hospitalar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Marcação de consulta pós-alta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Contactos telefónicos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Visitas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

1.2 Cuidados pré-operatórios

| | Demonstra | Demonstra mas precisa reforço | Não demonstra | Desconhece |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Preparação para cirurgia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rotinas hospitalares | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Exames a realizar no exterior | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

1.3. Cirurgia

| | Demonstra | Demonstra mas precisa reforço | Não demonstra | Desconhece |
|------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Tipo de cirurgia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cicatriz operatória | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Drenos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

1.4 Cuidados pós-operatórios

| | Demonstra | Demonstra mas precisa reforço | Não demonstra | Desconhece |
|---|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Exercícios de mobilização do membro | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Levante | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Esforços físicos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Realização de pensos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2. Quais as maiores dificuldades sentidas, em termos de informação pertinente sobre o doente, aquando do seu acolhimento, para a sua prestação de cuidados?

3. Quais são as suas necessidades de formação relativamente aos ensinosa realizar ao doente e funcionamento da Consulta de Senologia?

- Funcionamento da Consulta Senologia ☐
- Ensinosa ao doente sobre os cuidados após Cirurgia Oncoplástica ☐
- Ensinosa ao doente sobre os Exercícios de Reabilitação do membro ☐
- Ensinosa ao doente sobre Linfedema ☐
- Ensinosa ao doente sobre Seroma ☐
- Comunicação com o Doente Oncológico ☐

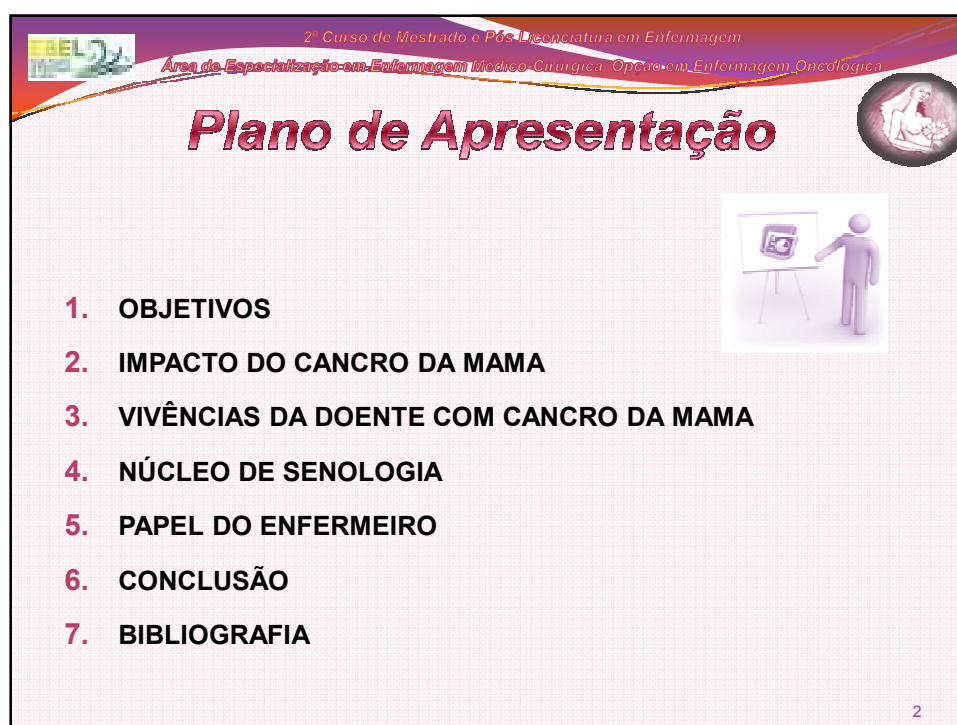
- Outras

4. Enumere sugestões de melhoria que, na sua opinião, permitam otimizar a articulação de cuidados de enfermagem entre o Núcleo de Senologia e o Serviço de Internamento, no acompanhamento do doente com cancro da mama.

APÊNDICE 7


Sessão de Informação

**“Núcleo de Senologia – Uma realidade num Hospital Distrital
na área de Setúbal”**



2º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Opção em Enfermagem Oncológica

1. Objetivos



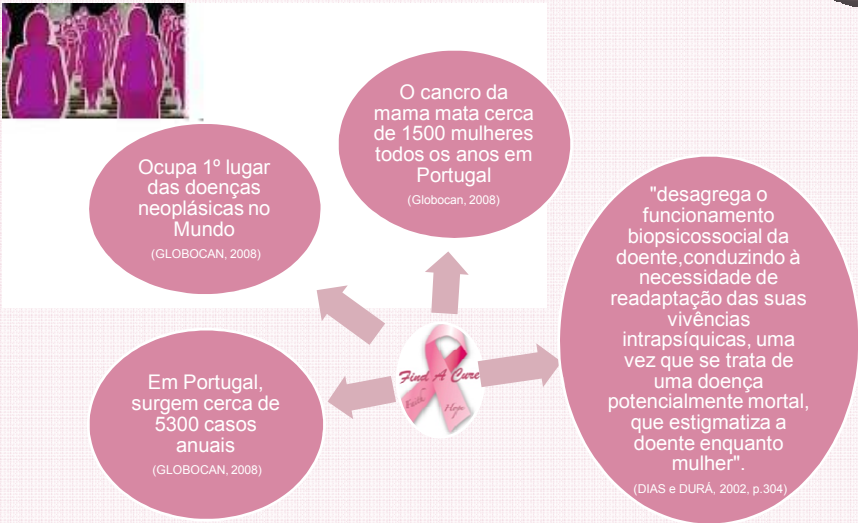


- Compreender o impacto do cancro da mama no Mundo e em Portugal
- Refletir sobre as vivências dos doentes com cancro da mama na trajetória da doença oncológica e impacto do diagnóstico e tratamento na pessoa e na família, com repercussões na vida pessoal, familiar e social
- Informar acerca do funcionamento do Núcleo de Senologia
- Perspetivar o papel do enfermeiro no acompanhamento do doente/família no seu percurso terapêutico

3

2º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Opção em Enfermagem Oncológica

2. Impacto do Cancro da Mama

O cancro da mama mata cerca de 1500 mulheres todos os anos em Portugal
(GLOBOCAN, 2008)

Ocupa 1º lugar das doenças neoplásicas no Mundo
(GLOBOCAN, 2008)

Em Portugal, surgem cerca de 5300 casos anuais
(GLOBOCAN, 2008)

"desagrega o funcionamento biopsicossocial da doente, conduzindo à necessidade de readaptação das suas vivências intrapsíquicas, uma vez que se trata de uma doença potencialmente mortal, que estigmatiza a doente enquanto mulher".
(DIAS e DURÃO, 2002, p.304)

4

FEEL 2012

2º Curso de Mestrado e Pós-Graduação em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Opção em Enfermagem Oncológica

2. Impacto do Cancro da Mama

A DOENÇA ONCOLÓGICA

- altamente estigmatizante na sociedade
- níveis de mortalidade significativos, associado muitas vezes à incerteza do diagnóstico, prognóstico e ao sofrimento físico e psicológico
- efeitos devastadores: o **MEDO DA MORTE**, alteração da **IMAGEM CORPORAL** por **MUTILAÇÃO**, alterações a nível **FAMILIAR**, **ALTERAÇÃO DE PAPEIS**, alterações na **VIDA SEXUAL**

levantam importantes questões a nível da **qualidade de vida** dos indivíduos

maximização da qualidade de vida independentemente dos efeitos da doença


5

FEEL 2012

2º Curso de Mestrado e Pós-Graduação em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Opção em Enfermagem Oncológica

3. Vivências da doente com cancro da mama




- ◉ O **percurso intrahospitalar** é um processo incerto, acompanhado de um elevado nível de ansiedade.
(OLIVEIRA, 2004)
- ◉ A **fase do diagnóstico** de cancro da mama tem um impacto acentuado na mulher em todos os níveis: emocional, social e físico, com reacções simultâneas de terror, choque, medo, desespero e pânico, em que o futuro torna-se finito.
(OTTO, 2000; OLIVEIRA, 2004)
- ◉ É uma das fases mais difíceis, em que se vive níveis de ansiedade e preocupação elevados relativamente à gravidade da doença, entrando numa fase de choque, apatia e negação e, depois, de descrença, medo, revolta, tristeza, culpa, depressão e exaustão.
(PEREIRA e LOPES, 2005)

6

2º Curso de Mestrado e Pós Graduação em Enfermagem
 Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica

3. Vivências da doente com cancro da mama



- ◉ Durante a **hospitalização** “as doentes experimentam sentimentos de isolamento, deslocalização, dor e desconforto, medo e desespero,...”

(BUSH, 2002, p.758)


- ◉ as **mulheres mastectomizadas**, para além de terem a imagem mental de dor, dependência, rejeição e morte, têm ainda um sentimento de mutilação, de perda de identidade e de atrativo social e sexual provocado pela desfiguração física.
- ◉ “luto pela perda de uma parte do corpo, com conotações muito especiais quanto à auto-estima, sexualidade e feminilidade.”

(MARQUES et al, 1991, p.39)

7

2º Curso de Mestrado e Pós Graduação em Enfermagem
 Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica

3. Vivências da doente com cancro da mama



- ◉ Tendo iniciado o processo de aceitação, as dúvidas relativas aos tratamentos e suas consequências, ameaçam invadir a mente da doente.

ambivalência entre sentir-se aliviada por ter sobrevivido à cirurgia e esperançosa pela cura

medo da recidiva da doença, de enfrentar a dor, os tratamentos, um corpo mutilado e ainda preocupações com a feminilidade, com a relação com o companheiro e alteração dos seus papéis familiares, profissionais e sociais

(OLIVEIRA, 2004; TALHAFFERO et al., 2007; AMORIM, 2007; REBELO et al., 2007; ALMEIDA, 2007)

8

2º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem
 Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica

3. Vivências da doente com cancro da mama

A dor é normalmente intensa acompanhada de um grande sofrimento

| | | |
|---|------------------|--|
| Psicológicos Colera pelos atrasos do diagnóstico Colera pelo fracasso terapêutico Medo da dor e/ou morte Sentimento de desproteção | DOR TOTAL | Físicos Outros sintomas Efeitos secundários do tratamento Insónia e fadiga crónica |
| Espirituais Porque me aconteceu isto? Deus, porque sou assim? A vida tem algum significado? | | Sociais Preocupações familiares e económicas Perda de posição social Perda do papel na família |

"Torna-se o centro de atenção do cliente, lembrando-o constantemente a existência de uma doença fatal (...) levando a que a pessoa deixe de ser ela própria para passar a ser apenas a sua dor."
(PACHECO, 2004, p.63)

"a dor é aquilo que o cliente referir como tal" e ao que chama sofrimento.
(TWYGCROSS, 2001, p.79)

9

2º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem
 Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica

4. Núcleo de Senologia

Assume o desígnio de tratar o doente com cancro da mama numa visão holística e integradora, cujos principais objetivos são:





10

2º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem
 Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Opção em Enfermagem Oncológica

4. Núcleo de Senologia

O tratamento do cancro da mama seguir, assim, as *guidelines* mais atualizadas em que a qualidade de vida do doente com neoplasia da mama tem merecido especial atenção.
(MANUAL DA QUALIDADE, 2010)

Assegura o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de cerca de 140 novos casos de mulheres/ano de cancro da mama
(dados do Núcleo de Senologia)

Em 2011:

- 111 mulheres operadas (dados do Núcleo de Senologia)
- Iniciou-se a convocatória de doentes para reconstrução mamária

11





FEEL 2012

2º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica

5. Papel do Enfermeiro

A enfermagem oncológica é um desafio à criatividade, pelo seu impacto e pela multiplicidade dos contornos da doença, diversidade de opções terapêuticas em constante evolução, a par da representação social da doença oncológica, pelo que o enfermeiro, para ser eficaz como pessoa que ajuda, deve conhecer o impacto emocional sobre o doente e família, visto afectar todos os aspetos dos cuidados de enfermagem.

(PHIPPS, SANDS e MAREK, 2003)


13

FEEL 2012

2º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem


Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica

5. Papel do Enfermeiro



“o exercício profissional dos enfermeiros, insere-se num contexto de actuação multiprofissional.”

(OE, 2003 p.5)



“a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo, implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efectuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.”

(OE, 2003, p.6)


14

FEEL 2012

2º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica

5. Papel do Enfermeiro



◉ **Art. 83 do Código Deontológico dos Enfermeiros 2009 – Direito ao cuidado**

“o enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de:

- a) Co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento;*
- b) Orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência”*

(OE, 2009, p.3)

◉ **Art. 84 do Código Deontológico dos Enfermeiros 2009 – Do dever de informação**

“No respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de:

- a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;*
- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;*
- c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem;*
- d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso”*

(OE, 2009, p.4)


15

FEEL 2012

2º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica

5. Papel do Enfermeiro



◉ **Art. 89 do Código Deontológico dos Enfermeiros 2009 – Da humanização dos cuidados**

“O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de:

- a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade;*
- b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.”*

(OE, 2009, p.5)

◉ **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enunciados Descritivos relativos a prevenção de complicações, bem-estar e auto-cuidado**

encontra-se preconizado que o enfermeiro deve proceder à *“identificação, tão rápida quanto possível dos problemas do cliente (...) a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados (...) o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem (...) a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais”*.

(OE, 2001, p.12)

16

2º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem
 Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Opção em Enfermagem Oncológica

5.1 Papel da Enfermeira no Núcleo de Senologia

O núcleo central dos cuidados de enfermagem focaliza-se, nas relações humanas, tendo repercussões no bem-estar e na qualidade de vida da mulher/família

↓

A enfermeira tem como responsabilidade:

- ◉ garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados
- ◉ implementar actividades de enfermagem adequadas ao contexto de ambulatório.

17

2º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem
 Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Opção em Enfermagem Oncológica

5.1 Papel da Enfermeira no Núcleo de Senologia

ameniza e facilita o percurso do doente com cancro da mama

ponto de referência dentro da equipa multidisciplinar

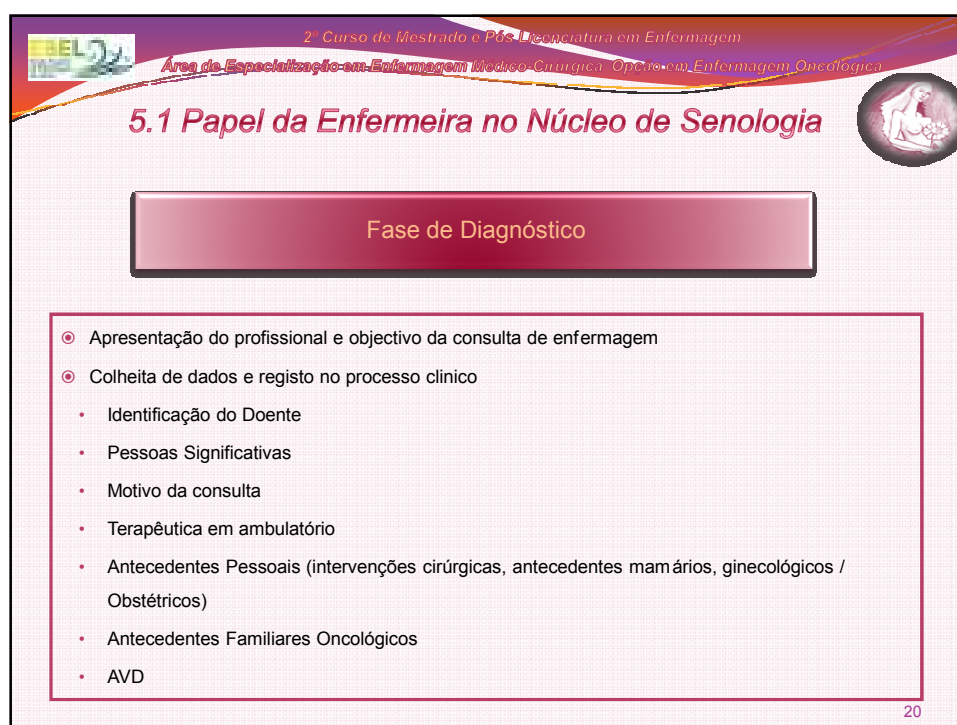
minimiza e desmistifica medos e inseguranças

fornece o apoio e as orientações necessárias

↓

promove uma melhor qualidade de vida

18



EBEL 2 **2º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem**
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica

CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SENOLOGIA
 Folha de avaliação inicial

Nº. Inscrição: 2012

Processo n.º

Nome: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____
 Profissão: _____
 Rua: _____
 Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____

PESSOA SIGNIFICATIVA
 Nome: _____
 Parentesco: _____ Cargo: _____

MOTIVO DE CONSULTA

TERAPÊUTICA DE AMBULATÓRIO

ANTECEDENTES PESSOAIS

HTA: _____
 Diabetes mellitus: _____
 Doença cardíaca coronária: _____
 Doença pulmonar crônica: _____
 Doença renal crônica: _____
 Doença hepática: _____
 Doença neurológica: _____
 Doença infecciosa: _____
 Doença autoimune: _____
 Doença hematológica: _____
 Doença endócrina: _____
 Outras: _____

INTERVENÇÕES QUIRÚRGICAS

Sim ☐ Não ☐

ANTECEDENTES MAMÁRIOS

Mamas
 Sim ☐ Não ☐ HT ☐ DT ☐ Estado: _____
 MD ☐ MC ☐ Correlato: _____
 Tratamento: _____

Contorno mamário
 Sim ☐ Não ☐ Estado: _____
 MD ☐ MC ☐ Tratamento: _____

Características
 Agudo ☐ Crônico ☐ Localizado ☐ Difuso ☐
 Simétrico ☐ Assimétrico ☐ Unilateral ☐ Bilateral ☐

21

EBEL 2 **2º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem**
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica

Transmissão sanguínea
 Sim ☐ Não ☐ HT ☐ DT ☐ Estado: _____
 MD ☐ MC ☐ Correlato: _____
 Tratamento: _____

Doença mamária benigna
 FAD ☐ MD ☐ MC ☐ Estado: _____
 Tratamento: _____
 Queda ☐ MD ☐ MC ☐ Estado: _____
 Tratamento: _____
 Outros: _____ MD ☐ MC ☐ Estado: _____
 Tratamento: _____

Neoplasia mamária
 Sim ☐ Não ☐ Estado: _____
 MD ☐ MC ☐ Tratamento: _____
 Tratamento: _____

Mastectomia
 Sim ☐ Não ☐

Características
 MD ☐ MC ☐ Estado: _____
 Agudo ☐ Crônico ☐
 Localizado ☐ Difuso ☐
 Simétrico ☐ Assimétrico ☐
 Unilateral ☐ Bilateral ☐

ANTECEDENTES ONCOLÓGICOS
 Estado da doença: _____
 Duração da doença: _____
 Duração da remissão: _____
 Duração da doença metastática: _____

Contracepção hormonal
 Sim ☐ Não ☐ Estado: _____
 MD ☐ MC ☐ Correlato: _____
 Tratamento: _____

Menopausa
 Sim ☐ Não ☐ Estado: _____

Terapia hormonal de substituição
 Sim ☐ Não ☐ Estado: _____
 MD ☐ MC ☐ Correlato: _____
 Tratamento: _____

História de fertilidade
 Sim ☐ Não ☐ Estado: _____
 MD ☐ MC ☐ Correlato: _____
 Tratamento: _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS
 Início da gravidez: _____
 Estado da gravidez: _____
 Intercorrências graves: _____
 Parto: _____
 Estado da criança: _____
 Estado da mãe: _____
 Estado da criança: _____
 Estado da mãe: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES ONCOLÓGICOS
 Mãe: _____
 Pai: _____
 Avô: _____
 Tia: _____
 Primo: _____
 Outros: _____

22

2º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica

MANTER AMBIENTE SEGURO
 estar só ☐ não com ☐
 agredir no ambiente ☐

COMUNICAÇÃO
estado de consciência
 consciente ☐ semi-consciente ☐ inconsciente ☐
atitudes face à doença
 aceita ☐ recusa ☐ agressiva ☐
 colabora ☐ não colabora ☐ desorientado ☐
verbal
 espontâneo ☐ não ☐
 semi-espontâneo ☐ não ☐
 coerente ☐ não ☐
atenção auditiva
 boa ☐ deficiente ☐ má ☐
atenção visual
 boa ☐ deficiente ☐ má ☐

RESPIRAÇÃO
 espontânea ☐ dispneica ☐
 nível arterial ☐ normal ☐ baixo ☐ alto ☐
coloração da pele e mucosas
 normal ☐ cianótica ☐ eritema ☐ icterícia ☐
 febre ☐ não ☐ sim ☐ a 7 dias ☐ não ☐
 contagem sanguínea ☐

ALIMENTAÇÃO
 independente ☐
 dependente ☐ grau reduzido ☐
 grau moderado ☐
 grau elevado ☐
 dieta ☐ normal ☐ pouco variada ☐
 variedade de peso não ☐ sim ☐
 tipo de dieta ☐ a 7 dias referenciada ☐

ELIMINAÇÃO
urínaria
 espontânea ☐ logotípica ☐ normal ☐ de volume ☐
 normal ☐ polidipsia ☐ retenção urinária ☐
 diurese ☐ normal ☐ baixa ☐
intestinal
 regular ☐ alterada ☐ normal ☐
 espontânea ☐ não ☐ sim ☐
 atenuação ☐ não ☐ sim ☐
 enterite ☐ não ☐ sim ☐ temperatura ☐

MOBILIZAÇÃO
 independente ☐
 dependente ☐ grau reduzido ☐
 grau moderado ☐
 grau elevado ☐
limite motor
 normal ☐ alterado ☐ normal ☐
esportes de mobilização
 normal ☐ normal ☐ normal de todos ☐ mais ☐

23

2º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica

CONTROLE DA TEMPERATURA CORPORAL
 normal ☐ febril ☐ hipotérmica ☐ hiperotérmica ☐

RODEIO PESSOAL
 independente ☐
 dependente ☐ grau reduzido ☐
 grau moderado ☐
 grau elevado ☐
 aspecto nutricional ☐ sim ☐ não ☐
paixão
 normal ☐ normal ☐ normal ☐

EXPRESSION SOCIAL
 sem alterações ☐ sem alterações ☐

SONO E REPOUSO
 alterações ☐ não ☐ sim ☐
 a 7 dias de sono ☐ normal ☐
 última medicação ☐ não ☐ sim ☐

MORTE
 o utente verbaliza os sentimentos em relação à morte ☐
 sim ☐ não ☐
 sentimentos verbalizados ☐

VALORES LABORATORIAIS
 normal ☐ normal ☐
 data ☐

24

FEEL 2012

2º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica

5.1 Papel da Enfermeira no Núcleo de Senologia

Fase de Diagnóstico

- Estabelecer uma relação empática, num clima de segurança, confiança, respeito pelos interesses, dignidade e autonomia do doente;
- Garantir a confidencialidade da informação;
- Estar presente aquando da informação do diagnóstico pelo médico assistente;
- Avaliar o nível de conhecimento relativo à patologia e expectativas de prognóstico;
- Ajudar o doente a reconhecer os seus mecanismos de adaptação e manifestações psicológicas;
- Encorajar a sua reintegração nas actividades habituais anteriores ao diagnóstico;
- Dosear a informação fornecida ao doente/família conforme as suas necessidades;
- Incentivar a presença da família/pessoa significativa;
- Encaminhar na marcação dos Exames Complementares de Diagnóstico;
- Esclarecimento de dúvidas / apoio psicológico / encaminhamento para Psicologia;
- Promover a escuta ativa;
- Registo completo de dados em suporte informático, da consulta de Enfermagem realizada, com levantamento dos seus problemas reais/potenciais.

Este trabalho contínuo entre enfermeira-doente-família, deve ser iniciado no momento de admissão e manter-se no percurso terapêutico, permitindo a continuidade dos cuidados.

25

FEEL 2012

2º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica

5.1 Papel da Enfermeira no Núcleo de Senologia

Fase Pré-Operatória

Após a Reunião Multidisciplinar, o doente é informado acerca da estratégia terapêutica a adoptar pelo seu médico assistente. A consulta de Enfermagem incide na informação sobre a cirurgia e no apoio psicológico.

- Validar conhecimento do doente acerca da cirurgia, procedimento, finalidade e vantagens;
- Identificar a percepção do doente e expectativas de acordo com o tipo de tratamento proposto;
- Informar acerca das limitações de mobilidade, cuidados com o braço após cirurgia e exercícios de mobilização desse membro, para promover a sua participação no pós-operatório;
- Informar o doente/família das rotinas hospitalares pré, intra e pós-cirurgia;
- Clarificar as informações transmitidas (dificuldade em reter a informação);
- Permitir que o doente/família expresse os seus sentimentos e dúvidas;
- Fornecer suporte informativo de acordo com esses receios;
- Possibilitar que o doente participe na tomada de decisão, apoiando-o nas suas decisões;
- Identificar a necessidade de encaminhamento para grupos de apoio / contato com outro doente;
- Encorajar o acompanhamento dos doentes pela família;
- Registo completo de dados em suporte informático, da consulta de Enfermagem realizada com levantamento dos seus problemas reais/potenciais.

26

FEEL 2012

2º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica

5.1 Papel da Enfermeira no Núcleo de Senologia

Fase Pós-Operatória

Após a cirurgia, o doente é reencaminhado para o Núcleo de Senologia, visando o acompanhamento na realização de penso cirúrgico e vigilância de complicações, assim como a disponibilização de informação pós-cirurgia.

- Realizar o penso operatório (identificar sinais de infecção e realizar a punção de seroma);
- Informar acerca de possíveis complicações pós-cirúrgicas, tendo em conta a individualidade do doente (infecção, alteração de sensibilidade, seroma, linfedema);
- Incentivar e apoiar o doente na observação do local operado para integração da nova imagem corporal;
- Reforço da informação acerca das limitações de mobilidade, cuidados com o braço e exercícios de mobilização desse membro após cirurgia;
- Informar acerca dos cuidados a ter no auto-cuidado, vestuário e tarefas domésticas;
- Promover a exploração e expressão de sentimentos do doente/família;
- Fornecer próteses temporárias às doentes mastectomizadas e informar sobre as vantagens de utilização de próteses temporárias e definitivas (a ser fornecida pela instituição);
- Informar acerca do uso do sutiã apropriado à cirurgia realizada;
- Avaliar a necessidade de encaminhamento para outros serviços (fisioterapia, assistente social, psicologia e grupos de suporte na comunidade);
- Registo completo de dados em suporte informático, da consulta de Enfermagem realizada, com levantamento dos seus problemas reais/potenciais.

27

FEEL 2012

2º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica

5.1 Papel da Enfermeira no Núcleo de Senologia

Fase de Tratamento Neoadjuvante/Adjuvante

Todas as situações de doentes sem indicação atual para cirurgia (tumores localmente avançados ou doença metastática) ou submetidos a cirurgia, são discutidas em Reunião Multidisciplinar. Nesta decide-se o tratamento mais indicado na sua situação (quimioterapia e/ou radioterapia e/ou hormonoterapia).

O doente/família é informado pelo seu médico assistente do tratamento proposto.


Nesta consulta pretende-se:

- Validar os conhecimentos do doente/família acerca dos tratamentos propostos;
- Informar acerca do intervalo de tempo recomendado para início dos tratamentos;
- Prestar apoio psicológico aos doentes/família;
- Realizar esclarecimento de dúvidas.

28

2º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem
 Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica

5.1 Papel da Enfermeira no Núcleo de Senologia



É a relação estabelecida com o doente e a maneira como vive a sua doença que dá sentido às intervenções.

↓

É necessário uma **INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM** de qualidade com vista a proporcionar qualidade de vida aos seus doentes, em que as **“little things”** são a essência dos cuidados humanizados.

“a ênfase está nos cuidados focados na pessoa e não no doente, no distanciamento das rotinas e duma atitude paternalista dos enfermeiros, dando destaque à importância das competências relacionais e de ajuda, nomeadamente a escuta, respeito, individualidade, parceria.” (SÁ, 2010, p.66)

29

2º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem
 Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica

6. Conclusão

A assistência deve estar voltada não apenas ao cuidado físico, mas, principalmente, para o cuidado emocional na compreensão da fragilidade do doente, promovendo suporte emocional e informativo e assegurando conforto físico, emocional e espiritual a este e sua família. Os cuidados de enfermagem devem ser definidos em parceria, com vista à autonomia do cuidado, numa relação recíproca de cuidado participativo e humanizante.

O enfermeiro “deve adoptar intervenções globais e personalizadas, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida das mulheres com este diagnóstico”.

(NUNES, 2008, p.8)

30

2º Curso de Mestrado e Pós-Graduação em Enfermagem
 Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica

7. Bibliografia

ALMEIDA, R. A. (2007) – **Impacto da Mastectomia na Vida da Mulher**. Rio de Janeiro: Santa Casa da Misericórdia. Monografia do Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar e da Saúde [Acedido em 22.11.2011]. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rsbph/v9n2/v9n2a07.pdf>

AMORIM, C. (2007) - **Doença Oncológica da Mama. Vivências de Mulheres Mastectomizadas**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. Dissertação de Doutoramento. [Acedido em 24.11.2011]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7213/2/tese%20Dout%20Cidlia.pdf>

CHBM, EPE. - **Manual da Qualidade Núcleo de Senologia 2010**. Acessível no CHBM, EPE – Núcleo de Senologia, Barreiro, Portugal.

DIAS, Maria do Rosário; DURÁ, Estrella (2002) – **Territórios da Psicologia Oncológica**. Lisboa: Climepsi. ISBN 972-796-018-9.

MARQUES, A. Reis; [et al.] (1991) - **Reacções emocionais à doença grave: como lidar...** Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica dos H.U.C.

NUNES, A. (2008) - **Ajustamento Psicossocial da Mulher com Cancro da Mama Submetida a Mastectomia e a Quimioterapia Neoadjuvante e Adjuvante**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Oncologia. [Acedido em 24.11.2011]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9148/2/Anabela%20Nunes.pdf>

OLIVEIRA, Irene (2004) – **Vivências da Mulher Mastectomizada. Abordagem Fenomenológica da Relação com o Corpo**. Porto: Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição. ISBN 972-99144-0-0.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) – **Divulgar: competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 15/11/2011]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 15/11/2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

31

2º Curso de Mestrado e Pós-Graduação em Enfermagem
 Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção em Enfermagem Oncológica

7. Bibliografia

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. IARC (2008) – **Globocan 2008** [Acedido em: 15/11/2011]. Disponível em <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=620>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Código Deontológico**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Acedido em 15/11/2011]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/centrolegislacao/Documents/legislacao_oe/CodigoDeontologico.pdf.

OTTO, Shirley E. (2000) – **Enfermagem em Oncologia**. 3ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-12-6

PACHECO, Susana (2004) – **Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética**. 2ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-30-4.

PEREIRA, Maria da Graça; LOPES, Cristiana (2005) – **O doente oncológico e a sua família**. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 9789727961955.

PHIPPS, W.; SANDS, J.; MAREK, J. (2003) - **Enfermagem médico-cirúrgica. Conceitos e prática clínica**. 6ª edição. Loures: Lusociência. ISBN:972-8383-65-7

REBELO, Virgínia; [et al.] (2007) – **Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. Psicologia, Saúde e Doenças**. [em linha]. Vol. 8, n.º 1 (2007), 13-32. [Acedido em 22.11.2011]. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a02.pdf>

SÁ, Eunice Maria Casimiro dos Santos - **A contribuição de Enfermagem para Aliviar o Sofrimento do doente hemato-oncológico. Pensar Enfermagem**. [em linha]. Vol. 14, n.º 2 (2.º semestre de 2010), 55-69. ISSN: 0873-8904. [Acedido em 10.11.2011]. Disponível em http://pensarenfermagem.esel.pt/pe/index.asp?acao=showartigo&id_revistaartigo=70&id_revista=21

TALHAFFERRO, B.; LEMOS, S.; OLIVEIRA, E. (2007) - **Mastectomia e suas consequências na vida da mulher. Arquivo Ciências da Saúde**. [em linha]. Vol. 14, n.º 1 (Jan/Março 2007), 17-22. [Acedido em 24.11.2011]. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-1/ID%20170%20novo.pdf

TWYXCROSS, Robert (2001) - **Cuidados Paliativos**. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-001-4.

32



APÊNDICE 8
Divulgação da Sessão de Informação



NÚCLEO DE SENOLOGIA

Uma realidade num Hospital Distrital

Unidade Funcional de Consultas Externas

SESSÃO DE INFORMAÇÃO

**NÚCLEO DE SENOLOGIA - Uma realidade num Hospital
Distrital na área de Setúbal**

OBJETIVOS:

- Enunciar as vivências dos doentes com cancro da mama na trajetória da doença oncológica e impacto do diagnóstico e tratamento na pessoa e na família, com repercussões na vida pessoal, familiar e social
- Informar acerca do funcionamento do Núcleo de Senologia
- Perspetivar o papel do enfermeiro no acompanhamento do doente/família no seu percurso terapêutico

Data: 16 de Dezembro de 2011

Hora: 14h00

Local : Sala de Reuniões da UFCE

Formador: Enf.^a Carla Cristóvão

No âmbito do 2º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica , Opção em Enfermagem Oncológica



NÚCLEO DE SENOLOGIA

Uma realidade num Hospital Distrital

Serviço de Internamento

SESSÃO DE INFORMAÇÃO

NÚCLEO DE SENOLOGIA - Uma realidade num Hospital Distrital na área de Setúbal

OBJETIVOS:

- Enunciar as vivências dos doentes com cancro da mama na trajetória da doença oncológica e impacto do diagnóstico e tratamento na pessoa e na família, com repercussões na vida pessoal, familiar e social
- Informar acerca do funcionamento do Núcleo de Senologia
- Perspetivar o papel do enfermeiro no acompanhamento do doente/família no seu percurso terapêutico

Data: 10 de Janeiro 2012

Hora: 15h00

Local : Sala de Reuniões do Serviço de Internamento

Formador: Enf.^a Carla Cristóvão

No âmbito do 2º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica , Opção em Enfermagem Oncológica

APÊNDICE 9

Plano de Sessão

Plano de Sessão - Serviço de Internamento

Tema: *NÚCLEO DE SENOLOGIA - Uma realidade num Hospital Distrital na área de Setúbal*

Data: 10/01/2012 **Horário:** 15h às 15h40

Formador/a: Carla Sofia Cristóvão

Objetivos:

- Enunciar as vivências dos doentes com cancro da mama na trajetória da doença oncológica e impacto do diagnóstico e tratamento na pessoa e na família, com repercussões na vida pessoal, familiar e social
- Informar acerca do funcionamento do Núcleo de Senologia
- Perspetivar o papel do enfermeiro no acompanhamento do doente/família no seu percurso terapêutico

| Sessão Tema/conteúdos | Metodologias | Recursos/ Materiais | Avaliação | Tempo |
|--|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plano de apresentação ▪ Objetivos ▪ Impacto do cancro da mama ▪ Vivências da doente com cancro da mama ▪ Núcleo de Senologia ▪ Papel do enfermeiro ▪ Conclusão ▪ Bibliografia ▪ Avaliação da formadora | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Expositivo ▪ Expositivo ▪ Expositivo ▪ Expositivo ▪ Expositivo ▪ Expositivo ▪ Expositivo ▪ Interrogativo com <i>brainstroming</i> ▪ Expositivo ▪ Ativo | <p>Videoprojector, Tela de projeção Computador com PowerPoint</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação não focada ▪ Questionário | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 min ▪ 1 min ▪ 3 min ▪ 4 min ▪ 4 min ▪ 15 min ▪ 10 min ▪ 1 min ▪ 1 min |

Plano de Sessão - Unidade Funcional de Consultas Externas

Tema: *NÚCLEO DE SENOLOGIA - Uma realidade num Hospital Distrital na área de Setúbal*



Data: 16/12/2011 **Horário:** 14h00 às 14h40

Formador/a: Carla Sofia Cristóvão

Objetivos:

- Enunciar as vivências dos doentes com cancro da mama na trajetória da doença oncológica e impacto do diagnóstico e tratamento na pessoa e na família, com repercussões na vida pessoal, familiar e social
- Informar acerca do funcionamento do Núcleo de Senologia
- Perspetivar o papel do enfermeiro no acompanhamento do doente/família no seu percurso terapêutico

| Sessão Tema/conteúdos | Metodologias | Recursos/ Materiais | Avaliação | Tempo |
|---|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Plano de apresentação▪ Objetivos▪ Impacto do cancro da mama▪ Vivências da doente com cancro da mama▪ Núcleo de Senologia▪ Papel do enfermeiro▪ Conclusão ▪ Bibliografia▪ Avaliação da formadora | <ul style="list-style-type: none">▪ Expositivo▪ Expositivo▪ Expositivo ▪ Expositivo ▪ Expositivo▪ Expositivo▪ Expositivo▪ Interrogativo com <i>brainstroming</i> ▪ Expositivo▪ Ativo | <p>Videoprojector, Tela de projeção Computador com PowerPoint</p> | <ul style="list-style-type: none">▪ Observação não focada ▪ Questionário | <ul style="list-style-type: none">▪ 1 min▪ 1 min▪ 3 min ▪ 4 min ▪ 4 min▪ 15 min▪ 10 min ▪ 1 min▪ 1 min |

APÊNDICE 10

Panfleto Guia de Orientação à Mulher Submetida a Cirurgia Mamária

6. Tente colocar os braços para trás, como se fosse abotoar o sutiã.



10º dia após a cirurgia / extracção de agrafes axilares:

7. Com as mãos na parede, suba até à máxima amplitude do braço. Insista até atingir um ponto mais alto.



NOTA: No caso de cirurgia oncoplástica ou cirurgia reconstrutiva (colocação de expensor e prótese), os exercícios 4, 5, 6 e 7 só deverão ser iniciados à 4ª semana pós-cirurgia.

Quando tiver alta, não existem restrições a:

- fazer os seus cuidados de higiene diária;
- cozinhar (evite transportar tachos e panelas pesados e calor direto do lado operado);
- estender e apanhar roupa leve, num estendal, sem levantar o braço acima do nível do ombro.

EVITE dormir sobre o braço do lado operado.

Reflectindo...

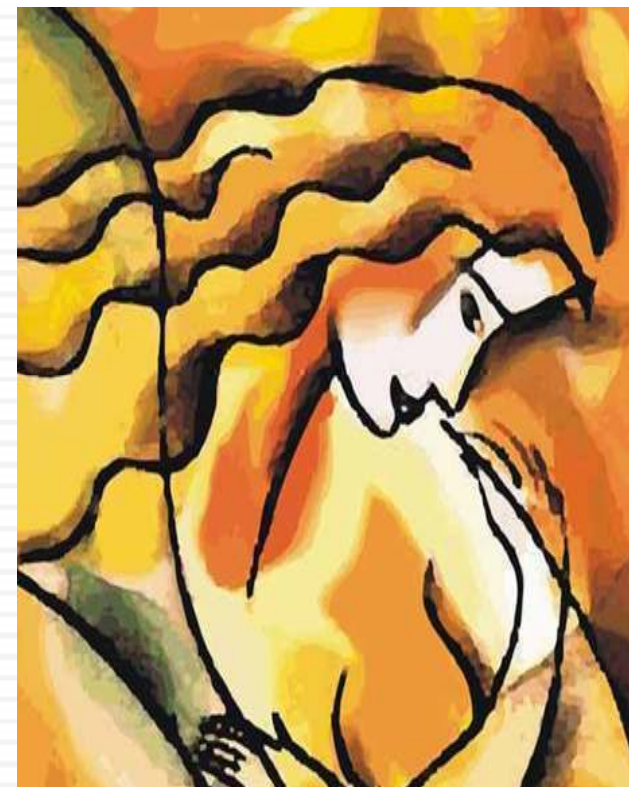
- **Expresse as suas emoções** - é uma forma de conhecer-se melhor e partilhar as suas angústias
- **Aceite-se a si mesma e às circunstâncias que enfrenta** - ajuda na sua recuperação.
- **Partilhe as experiências com outras mulheres** - ajuda a compreender a forma como a doença a afecta e a conviver com a mesma.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2º Curso de Mestrado e pós Licenciatura em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Opção em Enfermagem Oncológica



**GUIA DE ORIENTAÇÃO
À MULHER SUBMETIDA A
CIRURGIA MAMÁRIA**

CIRURGIA DA MAMA

A abordagem ao cancro da mama é feita por uma equipa multidisciplinar, sendo a cirurgia incluída em quase todas as estratégias terapêuticas. O tratamento depende do estadio em que a doença é diagnosticada, das suas características biológicas, bem como do estado de saúde, idade e outras características de cada mulher.

Dada a evolução científica nesta área, a abordagem cirúrgica é cada vez menos agressiva, quer ao nível da mama quer ao nível do esvaziamento axilar, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

TIPOS DE CIRURGIA:

- **Cirurgia conservadora da mama:** remoção do tumor com margem de segurança, poupando a mama sem deformação (tumorectomia).
- **Cirurgia Oncoplástica:** quando se associam técnicas de cirurgia plástica à cirurgia para remover o tumor, para se obter um bom resultado estético. Nalguns casos é necessário proceder a uma cirurgia de simetrização da outra mama.
- **Mastectomia simples:** remoção completa da mama.
- **Mastectomia radical modificada:** é removida toda a mama e os gânglios linfáticos axilares.
- **Biópsia do gânglio sentinela:** remoção de um ou mais gânglios identificados como os primeiros receptores de eventuais células malignas. Evita o esvaziamento axilar nos casos em que o gânglio sentinela é negativo.
- **Esvaziamento axilar:** remoção de todos os gânglios linfáticos da axila.

A REABILITAÇÃO

Os exercícios de reabilitação do membro do lado operado são essenciais durante toda a fase pós cirúrgica.

É normal sentir um desconforto, o qual será atenuado com a prática diária dos exercícios, fazendo com que se sinta cada vez melhor. Estes não deverão ser intensos de modo a evitar provocar dor ou deixá-la muito cansada.

Realize os seguintes exercícios, cerca de **5 vezes cada exercício, 3 vezes ao dia**, não ultrapassando a altura do ombro.

Após a cirurgia da mama, as principais complicações são:

- dor no braço do lado operado;
- dificuldade no movimento do ombro;
- diminuição e alteração da sensibilidade na parte superior do braço (dormência).

Estes sintomas podem ser prevenidos ou minorados através dos seguintes exercícios:

Imediatamente após a cirurgia:

1. Apoie o braço sobre uma almofada, evitando flexão das articulações e de modo a que fique mais alto que o ombro. Mantenha o braço ligeiramente afastado do corpo (cerca de 20 cm)



Dois dias após a cirurgia:

2. Incline-se para frente, mova os braços para a frente e para trás (A) e ainda inclinada, mova os braços para os lados (B).



3. Sentada, levante e baixe os ombros devagar. Faça o mesmo movimento, com um ombro de cada vez.



4. Faça o movimento de pentear o cabelo



5. Faça o movimento de colocar a mão atrás da cabeça como se fosse abotoar o fio.



APÊNDICE 11

Panfleto Guia de Orientação à Mulher Submetida a Esvaziamento Axilar

REABILITAÇÃO DO MEMBRO OPERADO

Após a cirurgia terá uma consulta de Medicina Física e Reabilitação.

Este acompanhamento tem como objectivo a recuperação do membro do lado operado, a prevenção de complicações, diminuir a dor e restabelecer os movimentos e a força.

Assim, é aconselhado:

- realizar os exercícios apropriados para braço e ombro que lhe foram recomendados pelo fisioterapeuta e pelo enfermeiro;
- fazer atividades com esse braço que sejam leves, moderadas, não repetitivas e durante curtos espaços de tempo;
- elevar o braço numa almofada quando estiver em repouso ou sentada;
- evitar conduzir nas primeiras 4 semanas após a cirurgia.

**Estes cuidados que deve ter com o braço são
contínuos ao longo da sua vida.**

**Continue a viver a sua vida como fazia antes,
nada a impede de viver plenamente!**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2º Curso de Mestrado e pós Licenciatura em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

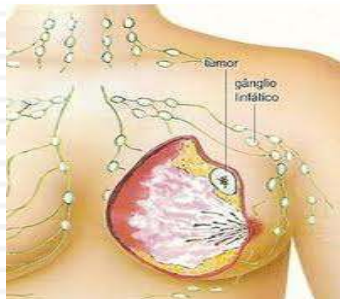
Opção em Enfermagem Oncológica



**GUIA DE ORIENTAÇÃO
À MULHER SUBMETIDA A
ESVAZIAMENTO AXILAR**

ESVAZIAMENTO AXILAR

O esvaziamento axilar é a remoção dos gânglios linfáticos da axila e do tecido gordo que os envolve.



OBJECTIVOS DO ESVAZIAMENTO AXILAR

- Remover gânglios afectados pelo tumor;
- Avaliar se os gânglios têm células malignas (o que altera o estadio da doença);
- Planear os tratamentos após a cirurgia.

O esvaziamento ganglionar axilar pode ser feito quer associado à mastectomia quer associado à cirurgia conservadora se:

- a biópsia do gânglio sentinela for positiva ou
- houver confirmação de envolvimento ganglionar pré-cirurgia

POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS

- Linfedema (inchaço do braço do lado operado);
- Diminuição e alteração da sensibilidade do braço (dormência);
- Aumento do risco de infecção no braço;
- Dor e restrição do movimento do ombro.

LINFEDEMA

O esvaziamento axilar torna mais lenta a drenagem linfática. A linfa pode, então, acumular-se no braço e na mão, provocando inchaço – **edema linfático**, no lado operado. Este problema pode surgir logo após a cirurgia ou tardiamente (alguns meses ou anos mais tarde).

Se sentir algum dos seguintes **sintomas** no membro operado, dirija-se ao enfermeiro ou médico:

- sensação de peso ou aperto;
- formigueiro e/ou picadas;
- dores agudas e violentas;
- inchaço ou aumento de volume dos dedos, mão ou braço;
- dores no cotovelo;
- ferida, vermelhidão ou calor;
- dores nas costas ou no ombro.

Há que ter cuidado com a mão e braço do lado operado... para o resto da sua vida. EVITE:

- deixar o braço pendente por períodos prolongados;
- vestir roupa justa no braço operado;
- usar relógio, pulseiras, anéis ou outros objectos no braço do lado operado;
- dormir sob o braço afectado pois isso prejudicará a sua circulação;
- carregar, empurrar ou puxar objectos pesados tais como: móveis, carrinhos de supermercado, sacos de compras, malas e crianças ao colo.

OUTROS CUIDADOS A TER

- Lembre os profissionais de saúde que realizou o esvaziamento axilar, pois não pode realizar determinados procedimentos nesse membro, tais como: avaliação da tensão arterial, análises de sangue, injeções ou vacinas;
- Evite banhos com água muito quente;
- Use creme para hidratação da mão e braço, de preferência à base de lanolina com ph neutro, através da auto-massagem (no sentido da mão para o ombro);
- Evite cortar as cutículas (peles) das unhas, use creme. Lime as unhas mantendo-as sempre curtas;
- Se necessário corte os pêlos da axila com tesoura (evite utilizar giletes, cremes ou ceras depilatórias). Após um mês, poderá utilizar uma máquina eléctrica;
- Durante o 1º mês não utilize desodorizante e, posteriormente, prefira desodorizantes sem álcool;
- Evite cortes, queimaduras e picadas de insecto, no braço operado. Se acontecer, desinfete a lesão de imediato. Em caso de lesão maior, dirija-se ao Núcleo de Senologia para avaliação;
- Para evitar ferimentos, abrasão e queimaduras na mão/ braço afectado, use luvas para manusear:
 - terra/ fazer jardinagem;
 - detergentes/ produtos químicos/ lixívia;
 - utensílios quentes (tachos ou travessas);
 - lavar loiça/ roupa;
- Utilize um dedal sempre que manipular alfinetes e agulhas;
- Evite a exposição solar e utilize um protector solar de índice elevado.

APÊNDICE 12

Panfleto Núcleo de Senologia

PERCURSO DA DOENTE

Na primeira vez que vem ao Núcleo de Senologia, terá uma consulta de enfermagem e uma consulta médica, para avaliar a sua situação clínica. Poderá ser necessário a realização de exames adicionais para se obter um diagnóstico definitivo.

No caso de confirmação de patologia benigna:

- são pedidos os exames complementares que sejam necessários;
- é realizado o tratamento adequado à sua situação.

No caso de confirmação de patologia maligna:

- são pedidos exames complementares de diagnóstico;
- a sua situação clínica é discutida em Reunião Multidisciplinar;
- realizam-se os tratamentos adequados (cirurgia e/ou consulta na Unidade de Oncologia e/ou consulta no Serviço de Radioterapia);
- assegura-se o acompanhamento subsequente;
- mantem consultas de vigilância no Núcleo de Senologia e na Unidade de Oncologia.

O Núcleo de Senologia pretende oferecer a disponibilização imediata de cuidados de saúde de qualidade aos doentes com patologia mamária.

Sempre que considerar necessário pode usufruir da ajuda da equipa de saúde.

Estamos disponíveis para si!

Contacte-nos:

Edifício Principal da Unidade Funcional de Consultas Externas Salas 20 e 21

Telefones: Geral 212147300

Ext. Enfermagem 7422 / Ext. Secretariado 2540

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2º Curso de Mestrado e pós Licenciatura em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Opção em Enfermagem Oncológica



**NÚCLEO DE
SENOLOGIA**

MISSÃO

O Núcleo de Senologia é uma unidade constituída por cirurgiões, ginecologistas e enfermeiras, que assegura a prestação de cuidados de saúde a doentes com patologia mamária.

O interesse diferenciado pela patologia oncológica da mama, levou à criação, em Abril de 2000, da Consulta de Senologia, através de um grupo multidisciplinar, integrando todas as especialidades relacionadas com o diagnóstico e tratamento do cancro da mama.

OBJETIVOS

É da responsabilidade do Grupo Multidisciplinar assumir o desígnio de tratar a doente com cancro da mama numa visão holística e integradora durante todo o seu percurso terapêutico, cujos principais objectivos são:

- multidisciplinaridade na tomada de decisão;
- prestação de um serviço de excelência no diagnóstico, orientação terapêutica e tempo de resposta aos doentes com patologia mamária que traduza o estado da arte;
- assegurar no plano cirúrgico toda a vertente oncoplástica e reconstrutiva;
- funcionar como elo de ligação, disponibilizando todos os recursos necessários.

QUEM SOMOS

Núcleo de Senologia:

- Médicos do Serviço de Cirurgia Geral
- Médicos do Serviço de Ginecologia
- Enfermeiras

Restante Equipa Multidisciplinar:

- Unidade de Oncologia
- Serviço de Radioterapia
- Serviço de Anatomia Patológica
- Serviço de Radiologia
- Serviço de Psicologia
- Serviço de Psiquiatria

Apoio Intra-hospitalar:

- Serviço Medicina Física e Reabilitação
- Serviço Social
- Consulta da Dor

Apoio Extra-hospitalar:

- Centro de Medicina Nuclear
- Centro de Imagiologia com Ressonância Magnética
- IPO de Lisboa (colaboração para Consulta de Risco Familiar)

Voluntariado

- Elo de Ligação à Associação de Mulheres com Patologia Mamária

ADMISSÃO DA DOENTE

Todas as utentes são admitidas em consulta de 1ª vez, provenientes de:

- Centro de Saúde
- Serviço de Urgência
- referência de outras consultas hospitalares
- referência de outras instituições de saúde

Documentos necessários:

- Bilhete Identidade / Cartão de Cidadão
- Cartão de Utente do SNS
- exames já efetuados (mamografia, ecografia mamária, biópsia mamária, ...)

FUNCIONAMENTO

Horário do Núcleo de Senologia:

2ª a 6ª feira - 9h às 16h

Consultas Médicas:

2ª a 6ª feira

Consultas Multidisciplinares:

2ª feira (tarde)

Consultas de Enfermagem:

2ª a 6ª feira - 9h às 16h

Realização de pensos:

2ª a 6ª feira - 9h às 13h

APÊNDICE 13

Panfleteo Biópsia Mamária

APÓS O EXAME

- Fazer compressão da área puncionada, para evitar sangramento e prevenir “nódoas negras”;
- Retirar o penso apenas no dia seguinte;
- Em casa, deverá aplicar gelo durante 15 minutos, de 2 em 2 horas para evitar complicações e reduzir a dor;
- Se sentir dor, tome analgésicos;
- Evite fazer esforços com o braço do lado da punção durante o resto do dia;
- Se houver hemorragia, mama inchada, dor intensa, vermelhidão ou calor à volta da zona biopsada deve contactar o médico ou a enfermeira;

No caso de realizar biópsia no exterior do hospital:

- É-lhe dado o frasco com o material;
- Entregue o frasco o mais rápido possível no serviço de Anatomia Patológica deste hospital;
- No caso de o levar para casa, não colocar no frigorífico nem expor ao calor.

A biópsia mamária tem por objectivo o esclarecimento e o diagnóstico precoce da neoplasia da mama.



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2º Curso de Mestrado e pós Licenciatura em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Opção em Enfermagem Oncológica



BIÓPSIA MAMÁRIA

BIÓPSIA MAMÁRIA

Aquando de um resultado mamográfico suspeito, é necessário que haja um esclarecimento do mesmo, para a identificação precoce de lesões malignas e, portanto, mais facilmente tratáveis, pelo que se faz uma biópsia.

A **Biópsia Mamária** tem como objectivo a obtenção de fragmentos da lesão suspeita que serão analisados para se obter um diagnóstico.

PROCEDIMENTO

- Para a realização da biópsia é administrada anestesia local;
- É feita uma pequena incisão na pele para permitir o acesso à lesão;
- Posteriormente, é utilizado um dispositivo com agulha que irá recolher no mínimo, 2 a 3 amostras para a análise patológica;
- O exame tem uma duração de cerca de 10 a 20 minutos.

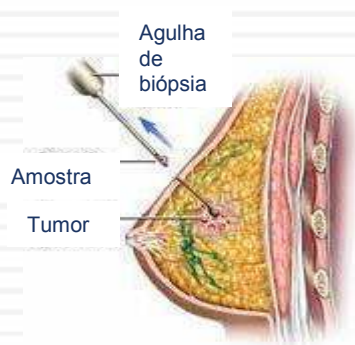
A escolha do tipo de biópsia a realizar depende da lesão a estudar.

• **Biópsia ecoguiada** – Técnica em que é necessário visualizar a lesão através de imagem para a recolha de fragmentos.

• **Biópsia guiada por mamografia** (efectuada no exterior do Hospital) - técnica utilizada quando a lesão apenas é visível na mamografia, como no caso de microcalcificações.

É usada uma baixa dose de radiação e permite obter imagens quase imediatas, reduzindo o tempo do exame e consequentemente o desconforto da doente.

A mama fica comprimida durante todo o procedimento e a doente deverá permanecer sentada.



VANTAGENS DA BIÓPSIA

- Procedimento bem tolerado;
- Não deixa cicatriz;
- Não é necessário internamento;
- A maioria das doentes está apta para retomar a atividade habitual no dia seguinte.

PREPARAÇÃO PARA O EXAME

- Leve os exames mamográficos anteriores;
- Quando o exame é realizado no exterior do Hospital necessita de levar termo de responsabilidade;
- Se estiver a tomar algum medicamento fluidificante do sangue, avise o seu médico assistente/enfermeira, pois pode ser necessário interromper a toma do medicamento uns dias antes do exame.

RESULTADO DO EXAME

- Os resultados são enviados dentro de 2 semanas para o Núcleo de Senologia para avaliação da situação clínica;
- Será contactada para vir a uma consulta, independentemente do resultado da biópsia;
- Nesta consulta, o seu médico comunica-lhe o diagnóstico e é feito o restante encaminhamento.

APÊNDICE 14

Panfleto Biópsia do Gânglio Sentinela

CUIDADOS APÓS A BIÓPSIA

- Até serem retirados os agramos/pontos axilares (pelo 10º dia), evite movimentos acima do ombro e esforços com o braço do lado operado;
- Se necessário, corte os pêlos da axila com uma tesoura (Evite o uso de giletes, cremes ou ceras depilatórias);
- Durante o 1º mês evite utilizar desodorizante e, posteriormente, dê preferência a desodorizantes sem álcool.

É normal:

- notar uma coloração azulada junto à aréola / mamilo após a cirurgia;
- a sua urina ter uma coloração esverdeada.

A biópsia do gânglio sentinela tem demonstrado ser uma forma precisa de avaliação dos gânglios axilares, minimamente invasiva, nos doentes com cancro da mama.

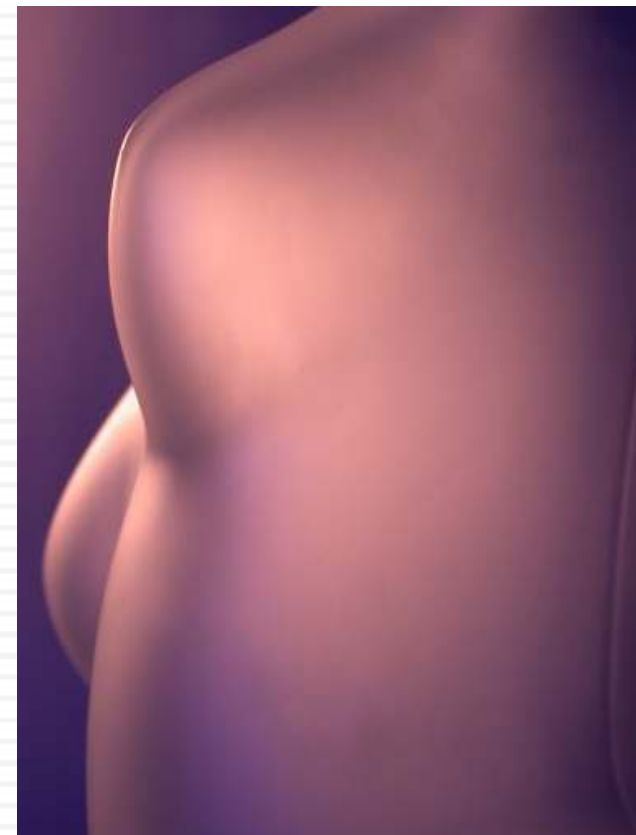


Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2º Curso de Mestrado e pós Licenciatura em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Opção em Enfermagem Oncológica



**BIÓPSIA DO
GÂNGLIO SENTINELA**

MARCAÇÃO DO GÂNGLIO SENTINELA

A cirurgia oncológica da mama implica o estudo dos gânglios da axila, para avaliar o seu envolvimento.

Esta técnica está indicada em doentes em que a axila não apresenta gânglios palpáveis ou suspeitos na ecografia.

Assim, é possível fazer um diagnóstico mais completo e escolher o tratamento mais adequado para si.



Gânglio sentinela - primeiro gânglio linfático da cadeia axilar a ser afectado, no caso de haver libertação de células do tumor - as **metástases**.

A técnica de marcação do gânglio designa-se de **Linfocintigrafia**. O procedimento consiste em injectar contraste (algumas vezes medianamente radioactivo) para assinalar o gânglio linfático que se encontra mais próximo do tumor (gânglio sentinela).

A pele sobre esse gânglio é marcada com marcador, pelo que tem de ter o cuidado de não lavar essa zona até à cirurgia.

Este exame é realizado na véspera da biópsia do gânglio sentinela e tem uma duração variável.

BIÓPSIA DO GÂNGLIO SENTINELA

A biópsia do gânglio pode ser feita:

- isoladamente, quando há necessidade de tratamentos prévios à cirurgia;
- em simultâneo com a cirurgia.

Consiste na remoção do gânglio ou gânglios que foram identificados previamente na linfocintigrafia.

COMO É REALIZADA A BIÓPSIA?

- É realizada no dia seguinte à marcação do gânglio;
- No Bloco Operatório é, ainda, injectado na pele da mama um corante que vai, igualmente, seguir os vasos linfáticos até ao gânglio, corando-o de azul;
- São removidos todos os gânglios corados de azul, radioactivos ou com aumento de volume;
- Estes serão analisados enquanto está a ser operada;
- Poderá ficar com uma sutura na axila.



RESULTADO DO GÂNGLIO SENTINELA

Resultado **POSITIVO**:

- outros gânglios podem estar afectados sendo necessário esvaziamento ganglionar axilar (retirados restantes gânglios axilares).

Resultado **NEGATIVO**:

- o gânglio **não** apresenta células malignas, não sendo necessário esvaziamento ganglionar axilar.

VANTAGENS DESTA TÉCNICA

Comparativamente ao Esvaziamento Axilar, esta técnica inovadora tem como vantagens:

- risco reduzido:
 - de linfedema (inchaço) do braço;
 - de alterações da sensibilidade do braço;
 - de seroma axilar (acumulação de líquido);
- melhor recuperação da cirurgia com menos limitações nas actividades de vida habituais;
- menor limitação da mobilidade do braço do lado operado.

APÊNDICE 15

Panfleto Guia de Orientação à Mulher Mastectomizada

CONSELHOS ÚTEIS

- Rodeie-se das pessoas que ama;
- Pergunte tudo;
- Falar sobre o que sente ajuda na sua recuperação;
- Ouça os profissionais que estão envolvidos no seu tratamento;
- Receber suporte emocional, aprender com a experiência positiva dos outros e pôr de parte pensamentos negativos é essencial!

Existem vários **Grupos de Apoio** onde mulheres com cancro de mama recebem amparo, partilham a sua experiência, os seus sentimentos e formas de lidar com a sua doença.

Estas mulheres já tiveram, muito provavelmente, as mesmas dúvidas. Elas compreende!

Na instituição existem serviços médicos de apoio (Psicologia, Psiquiatria) que podem ser solicitados para uma melhor adaptação à sua condição.

A disposição com que se encara o cancro da mama é primordial no processo de cura.

Cuide de si!

A informação especializada que os profissionais de saúde lhe podem proporcionar é facilitadora na vivência da doença e da recuperação.



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2º Curso de Mestrado e pós Licenciatura em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Opção em Enfermagem Oncológica



GUIA DE ORIENTAÇÃO À

MULHER MASTECTOMIZADA

TIPOS DE MASTECTOMIA

Os tipos de mastectomia mais realizados são:

Mastectomia Simples

Remoção completa da mama, aréola e mamilo.



Mastectomia radical modificada

Remoção de toda a mama e gânglios linfáticos axilares.



A mastectomia é efectuada quando não existe possibilidade de manter a mama ou por opção da doente.

CANCRO DA MAMA E AS EMOÇÕES

A mama representa a identidade feminina e é encarada como símbolo de feminilidade e de atractivo sexual, pelo que podem surgir sentimentos negativos resultantes da alteração da imagem corporal após a mastectomia.

Muitas mulheres sentem que estas alterações afectam o seu relacionamento familiar, sexual e socioprofissional.

Em qualquer fase do tratamento ou da reabilitação, vivem-se momentos de incerteza, medo, tristeza,... Estas emoções e sentimentos surgem por este ser um momento difícil da vida.

Continua a ser a mesma pessoa antes e depois da cirurgia. Reaprenda a gostar de si!

O apoio familiar (do companheiro, dos filhos,...) e as suas relações sociais exercem um papel primordial na ajuda que precisa para ultrapassar esta fase. Não se isole!

SEXUALIDADE APÓS A MASTECTOMIA

- Retome, normalmente, a sua vida. Desde que a sutura esteja cicatrizada, e seja do seu agrado, o seu parceiro pode tocar-lhe sem medo;
- Converse com o seu parceiro, com sinceridade e partilhando os seus sentimentos;
- Discuta com o seu médico e enfermeira o tema da sexualidade, envolvendo o seu companheiro neste diálogo. Ele também é invadido por receios e dúvidas;
- Evite o silêncio entre os dois;
- Comunicar é a chave para fortalecer a vossa relação e reconstruir a vossa intimidade.

CUIDADOS APÓS A MASTECTOMIA

- Para mais facilmente se adaptar à sua nova imagem corporal, mesmo que temporária, deve olhar para a sutura antes de abandonar o hospital, enquanto tem perto de si profissionais de saúde para a apoiar;
- Utilize a prótese almofadada que lhe foi entregue no internamento, no seu sutiã habitual (sem arames);
- Ser-lhe-á dada uma prótese de silicone cerca de um mês após a cirurgia, para colocar no sutiã que lhe foi recomendado. Esta é muito semelhante em aspecto e peso à sua mama;
- Após recomendação da enfermeira/médico comece os exercícios de reabilitação do membro, que ajudarão a melhorar as queixas (dor, dificuldades no movimento do ombro e diminuição da sensibilidade);
- Vista primeiro o braço do lado operado e depois o outro, ao despir faça o oposto;
- Se tiver dores tome os analgésicos prescritos;
- Após retirar o penso (pelo 10º dia), mantenha a pele da sutura limpa e hidratada, utilizando um creme hidratante neutro, realizando massagens na zona operada;
- Evite tomar banho com água muito quente e expôr-se a fontes de calor;
- Mantenha os seus hábitos de higiene usuais, tentando sempre manter a sua independência;
- Organize e adapte as tarefas diárias à sua nova situação. Comece por tarefas simples e elimine esforços físicos no primeiro mês após a cirurgia (em caso de esvaziamento axilar, os esforços devem ser eliminados definitivamente).

APÊNDICE 16

Panfleto Guia de Orientação à Mulher Submetida a Radioterapia

CUIDADOS A TER COM A PELE

- Lave o local sujeito a radiações suavemente, com água morna e gel neutro, sem esfregar;
- Seque bem as pregas da pele;
- Aplique o creme específico que lhe será receitado, durante a radioterapia, na zona em tratamento;
- Após o final das sessões de radioterapia continue a aplicar o creme indicado no local tratado ;
- Evite o uso de adesivos sobre a pele irradiada, pois poderão fazer ferida ao serem retirados;
- Evite a exposição da zona irradiada ao calor (passar a ferro e cozinhar, etc.) ou ao sol e/ou solário.
- Use sempre um protector solar com fator elevado, quando sair de casa. Este cuidado deve ser mantido até um ano após o tratamento;
- Use roupas leves, largas e macias e, de preferência, vista uma camisola interior de algodão por baixo do sutiã durante o tratamento;
- Observe cuidadosamente a pele e, se houver alterações, contacte o seu enfermeiro ou médico.

Note que...

A radioterapia actua no interior das células tumorais, provocando a sua destruição ao longo dos tratamentos. No caso de interrupções prolongadas, estas células poderão resistir, obtendo-se assim um resultado menor.

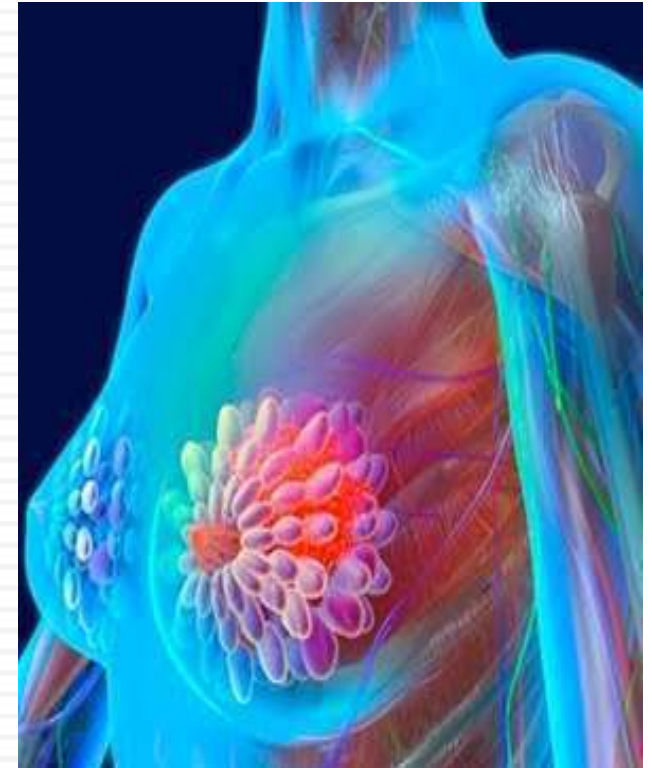
Por este motivo, é muito importante não faltar às sessões de tratamento.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2º Curso de Mestrado e pós Licenciatura em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Opção em Enfermagem Oncológica



**GUIA DE ORIENTAÇÃO
À MULHER SUBMETIDA A
RADIOTERAPIA**

O QUE É A RADIOTERAPIA?

A indicação do tipo de tratamento de cada caso de cancro da mama depende de vários factores como o **tipo de tumor, localização e estadio de evolução** da doença. Cada pessoa e cada situação são únicas e especiais.

A **radioterapia** é uma das opções de tratamento local do cancro da mama. Este tratamento utiliza ondas electromagnéticas de alta energia que actuam a nível das células malignas do corpo, destruindo-as e impedindo-as de se reproduzirem.

A radioterapia pode ser realizada nas seguintes situações:

- na cirurgia conservadora da mama (para diminuir o risco de recorrência da doença no local da cirurgia);
- antes da cirurgia com o objetivo de diminuir o tamanho do tumor, para permitir uma cirurgia menos radical.

COMO SE FAZ O TRATAMENTO?

Antes de iniciar o tratamento vai a uma consulta com o médico Radioterapeuta, no Serviço de Radioterapia.

Na 1ª consulta ele irá planear e explicar-lhe qual o tipo e duração do seu tratamento.

De seguida é marcada uma data para realizar a preparação do tratamento. Esta preparação consiste na identificação precisa do local a tratar, através de uma TAC.



Depois são traçados pontos de referência com tinta dérmica sobre a sua pele. É muito importante que estas linhas sejam conservadas durante todo o tratamento para que este se possa efectuar nas mesmas zonas diariamente, portanto deve ter alguns cuidados:

- lave essa zona apenas com água morna;
- evite sabonetes, óleos, loções ou perfumes nessa área;
- evite a depilação ou desodorizante na axila do lado do tratamento (pode por pó-de-talco na axila);
- evite expor a área em tratamento ao sol ou secador de cabelo;
- evite esfregar a zona em tratamento quando tiver comichão;
- use sutiã e camisolas que não sejam apertados.

DURAÇÃO DO TRATAMENTO

A duração do tratamento não é em função da gravidade da doença, mas em função do plano de tratamento previsto.

A radioterapia é habitualmente realizado algumas semanas após a cirurgia. É feito **5 vezes por semana** (segunda a sexta feira, por volta da mesma hora), durante **4 a 7 semanas** (cerca de 30 sessões) e cada sessão demora aproximadamente **7 a 8 minutos**.

Contudo, há situações particulares em que são adoptados esquemas de tratamento mais curtos. É um procedimento muito semelhante à realização de raio-X e **indolor**, no entanto, com a acumulação das doses de radiações poderá sentir ardor no local irradiado.

DURANTE O TRATAMENTO

- Será sempre acompanhado à sala e ajudado a colocar-se na posição adequada para receber o tratamento;
- Tente manter-se o mais imóvel possível, respirando normalmente;
- Estará constantemente a ser observado por um profissional de saúde através de um monitor podendo, através de um gesto, comunicar com os profissionais que o observam.

EFEITOS SECUNDÁRIOS DA RADIOTERAPIA

Os efeitos secundários surgem geralmente 2 a 4 semanas, após a primeira sessão de tratamento.

Habitualmente, estes efeitos tendem a desaparecer 4 a 6 semanas após o fim da radioterapia, podendo a pele permanecer escurecida após o tratamento.

Efeitos possíveis ao nível da pele, na região onde se efectua o tratamento:

- sensação de ardor na pele (semelhante a uma queimadura solar);
- pele seca, inflamada ou irritada – radiodermite;
- pele escamada e avermelhada;
- queda dos pêlos no local sujeito à radiação;
- comichão, inchaço, feridas;
- aumento da sensibilidade e volume da mama.



No caso de ser sujeito a radioterapia na **zona axilar**, para além destes efeitos secundários, pode ainda surgir inchaço na zona do pescoço.

APÊNDICE 17

***Checklist* de Ensino ao Doente com Cancro da Mama**



2º CURSO DE MESTRADO E PÓS LICENCIATURA EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
OPÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

CHECKLIST DE ENSINO AO DOENTE COM CANCRO DA MAMA

Unidade Funcional de Consultas Externas - Núcleo de Senologia

Identificação do doente

Diagnóstico: _____

Cirurgia: _____ Data: ____ / ____ / ____

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: FERIDA CIRÚRGICA | Enf.º / Data | | Não Aplicável | Conhecimento Demonstrado | | Observações |
|---|--------------|---------|------------------|--------------------------|---------|-------------|
| | Doente | Família | | Doente | Família | |
| Ensinar sobre aspecto da ferida cirúrgica | | | | | | |
| Validar conhecimento acerca do aspecto da ferida | | | | | | |
| Ensinar sobre precauções de segurança da ferida cirúrgica | | | | | | |
| Ensinar sobre complicações da ferida cirúrgica - seroma, hematoma, infecção, hipersensibilidade | | | | | | |
| Ensinar acerca dos drenos | | | | | | |
| Calendarizar tratamento da ferida | | | | | | |

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: MOBILIDADE | Enf.º / Data | | Não Aplicável | Conhecimento Demonstrado | | Observações |
|---|--------------|---------|------------------|--------------------------|---------|-------------|
| | Doente | Família | | Doente | Família | |
| Instruir sobre posicionamento do membro pós-cirurgia | | | | | | |
| Instruir sobre os exercícios de mobilização do membro | | | | | | |
| Ensinar sobre as limitações de mobilidade do membro | | | | | | |
| Treinar os exercícios de reabilitação | | | | | | |

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: CONHECIMENTO | Enf.º / Data | | Não Aplicável | Conhecimento Demonstrado | | Observações |
|--|--------------|---------|------------------|--------------------------|---------|-------------|
| | Doente | Família | | Doente | Família | |
| Ensinar sobre a doença | | | | | | |
| | | | | | | |
| Validar o conhecimento sobre a doença | | | | | | |
| | | | | | | |
| Explicar no que consiste a cirurgia e sua finalidade | | | | | | |
| | | | | | | |
| Educar para os aspectos de procedimentos no pré, intra e pós-operatórios | | | | | | |
| | | | | | | |
| Ensinar sobre a marcação do gânglio sentinela e/ou marcação da lesão por arpão | | | | | | |
| | | | | | | |
| Educar para os possíveis locais onde poderá permanecer no pós-operatório e suas finalidades | | | | | | |
| | | | | | | |
| Ensinar sobre técnica/procedimento: algaliação, punção venosa periférica,... | | | | | | |
| | | | | | | |
| Ensinar sobre as limitações de mobilidade do membro | | | | | | |
| | | | | | | |
| Ensinar sobre os exercícios de reabilitação do membro | | | | | | |
| | | | | | | |
| Informar acerca das próteses temporárias e vantagens das mesmas | | | | | | |
| | | | | | | |
| Informar acerca das próteses definitivas e vantagens das mesmas | | | | | | |
| | | | | | | |

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: PREOCUPAÇÃO/ANSIEDADE | Enf.º / Data | | Não Aplicável | Conhecimento Demonstrado | | Observações |
|---|--------------|---------|------------------|--------------------------|---------|-------------|
| | Doente | Família | | Doente | Família | |
| Promover a escuta activa | | | | | | |
| | | | | | | |
| Promover a expressão de emoções/sentimentos | | | | | | |
| | | | | | | |
| Promover apoio emocional | | | | | | |
| | | | | | | |
| Promover o envolvimento da família | | | | | | |
| | | | | | | |
| Facilitar suporte familiar | | | | | | |
| | | | | | | |
| Preparar regresso a casa | | | | | | |
| | | | | | | |

| IMAGEM CORPORAL | Enf.º / Data | | Não Aplicável | Conhecimento Demonstrado | | Observações |
|--|--------------|---------|---------------|--------------------------|---------|-------------|
| | Doente | Família | | Doente | Família | |
| Instruir sobre como lidar com a situação | | | | | | |
| | | | | | | |
| Educar sobre novos estilos de vida | | | | | | |
| | | | | | | |
| Encorajar a pessoa a exprimir o significado da perda | | | | | | |
| | | | | | | |
| Encorajar expressão de sentimentos | | | | | | |
| | | | | | | |
| Orientar a pessoa para grupos de apoio | | | | | | |
| | | | | | | |
| Elogiar comportamentos de adaptação | | | | | | |
| | | | | | | |

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: AUTO-CUIDADO: HIGIENE | Enf.º / Data | | Não Aplicável | Conhecimento Demonstrado | | Observações |
|---|--------------|---------|------------------|--------------------------|---------|-------------|
| | Doente | Família | | Doente | Família | |
| Incentivar para o auto cuidado: Higiene | | | | | | |
| | | | | | | |
| Instruir sobre o auto-cuidado: higiene | | | | | | |
| | | | | | | |
| Instruir sobre os cuidados de higiene no domicílio | | | | | | |
| | | | | | | |
| Instruir sobre estratégias adaptativas | | | | | | |
| | | | | | | |

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: AUTO-CUIDADO: VESTUÁRIO | Enf.º / Data | | Não Aplicável | Conhecimento Demonstrado | | Observações |
|---|--------------|---------|------------------|--------------------------|---------|-------------|
| | Doente | Família | | Doente | Família | |
| Incentivar para o auto cuidado: Vestuário | | | | | | |
| | | | | | | |
| Ensinar acerca do sutiã a utilizar | | | | | | |
| | | | | | | |
| Ensinar acerca da técnica de vestir/despir | | | | | | |
| | | | | | | |
| Instruir/treinar o vestir/despir | | | | | | |
| | | | | | | |
| Ensinar acerca do vestuário adequado | | | | | | |
| | | | | | | |
| Dar prótese temporária (na mastectomia) | | | | | | |
| | | | | | | |

Fornecido Panfleto ao doente:

Biópsia gânglio sentinela

Enfermeiro : _____ / ____ / ____

Guia de Orientação à mulher submetida a Cirurgia Mamária

Enfermeiro : _____ / ____ / ____

Guia de Orientação à mulher submetida a Mastectomia

Enfermeiro : _____ / ____ / ____

Guia de Orientação à mulher submetida a Esvaziamento Axilar

Enfermeiro : _____ / ____ / ____

Observações: _____

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

APÊNDICE 18

Guia Orientador da utilização da Checklist de Ensino ao Doente com Cancro da Mama



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

2º CURSO DE MESTRADO E PÓS LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

OPÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

**GUIA ORIENTADOR DA
UTILIZAÇÃO DA
CHECKLIST DE ENSINO AO
DOENTE COM CANCRO DA
MAMA
NO INTERNAMENTO**

Lisboa

2012

OBJETIVOS:

- Promover o ensino e aconselhamento do doente por parte dos enfermeiros, durante todo o seu percurso hospitalar;
- Melhorar a articulação entre os enfermeiros prestadores de cuidados aos doentes com cancro da mama;
- Assegurar a continuidade de cuidados aos doentes com cancro da mama, submetidos a intervenção cirúrgica, internados no Serviço de Cirurgia e no Serviço de Ginecologia, através da articulação entre os enfermeiros do internamento e os enfermeiros que prestam assistência no Núcleo de Senologia, integrado na Unidade Funcional das Consultas Externas.

PRINCÍPIOS DE PREENCHIMENTO:

- ✍ A articulação de cuidados deverá ser assegurada em todas as situações de internamento de doentes com cancro da mama.
- ✍ A documentação do processo de ensino deverá ser feita na *Checklist de ensino ao doente com cancro da mama*, desde a admissão do doente no Núcleo de Senologia.
- ✍ A continuidade da documentação do processo de ensino deverá ser realizada no internamento, pelo preenchimento da referida *Checklist* que acompanha o processo de enfermagem do Núcleo de Senologia (ver procedimento sectorial) e iniciada no dia do acolhimento ou no dia do internamento, consoante a necessidade de levantamento de diagnósticos de enfermagem.
- ✍ No dia do acolhimento e/ou da admissão do doente, deve ser validado o conhecimento sobre os conteúdos de ensino, anteriormente realizados e registados no Núcleo de Senologia e dar continuidade ao ensino sempre que se revele necessário.
- ✍ A checklist prevê 2 intervenções de enfermagem ao doente e 2 intervenções de enfermagem à família, em cada item.
- ✍ Quando é realizada uma intervenção ao doente, à família ou a ambos, assinalar na coluna respectiva com *rubrica* e *data*.
- ✍ Quando uma intervenção não se aplicar, sinalizar com **X** a coluna *Não Aplicável*.
- ✍ Quando o enfermeiro considerar que o conhecimento está demonstrado, assinalar na coluna respectiva com *rubrica* e *data*.
- ✍ A continuidade da documentação das intervenções de enfermagem para cada item deverá ser feita na coluna de *Observações*, quando o espaço de registo for insuficiente.

✍ No momento da alta, a *checklist de ensino* deverá ser entregue ao doente, anexada à Carta de Alta de Enfermagem, e entregue no Núcleo de Senologia, assegurando a continuidade de cuidados (como previsto no procedimento sectorial).

A CHECKLIST DE ENSINO AO DOENTE COM CANCRO DA MAMA, INCIDE NOS SEGUINTE FOCOS (CIPE, VERSÃO 2, 2011):

1 A. 1.1.1.10.3.6.1 – Ferida Cirúrgica

A Ferida Cirúrgica é um tipo de Ferida com as características específicas: corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, isto é, sem mostrar quaisquer sinais de infecção ou pus. (1999)

Eixos de Classificação dos fenómenos de enfermagem:

Eixo E: Topologia

Eixo F: Localização anatómica

- Conhecimento sobre complicações da ferida: Demonstrado/ Não Demonstrado

Intervenções de enfermagem:

- Ensinar sobre aspecto da ferida cirúrgica
- Validar conhecimento acerca do aspecto da ferida
- Ensinar acerca dos drenos
- Ensinar sobre complicações da ferida cirúrgica - seroma, hematoma, infecção, hipersensibilidade
- Validar ensino sobre precauções de segurança da ferida cirúrgica
- Calendarizar tratamento da ferida

1 A. 1.1.1.12.2 - Mobilidade

Mobilidade é um tipo de Actividade Motora com as características específicas: movimento voluntário e psicomotor do corpo, incluindo a coordenação dos movimentos musculares e articulares, bem como o desempenho do equilíbrio, o posicionamento corporal e a deambulação. (1999)

Eixos de Classificação dos fenómenos de enfermagem:

Eixo B: Juízo - Comprometido

- Em grau reduzido
- Em grau moderado
- Em grau elevado

- Prejudicado
- Em grau reduzido
- Em grau moderado
- Em grau elevado

Eixo E: Topologia

Eixo F: Localização anatómica

- Conhecimento sobre vantagens de mobilização: Demonstrado/ Não Demonstrado
- Conhecimento sobre técnicas de posicionamento e de mobilização: Demonstrado/ Não Demonstrado

Intervenções de enfermagem:

- Ensinar sobre as limitações de mobilidade do membro
- Instruir sobre os exercícios de mobilização do membro
- Instruir sobre posicionamento do membro pós-cirurgia
- Treinar os exercícios de reabilitação

1A.1.1.2.1.1.2.1.2 – Conhecimento

Conhecimento é um tipo de Pensamento com as características específicas: conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação.

Eixos de Classificação dos fenómenos de enfermagem:

Eixo B Juízo: Demonstrado/Não demonstrado

Adequado/Não adequado

- Conhecimento sobre exame a realizar: Demonstrado/ Não demonstrado
- Conhecimento sobre pós-operatório: Demonstrado/ Não demonstrado
- Conhecimento sobre pré-operatório: Demonstrado/ Não demonstrado
- Conhecimento sobre a doença: Demonstrado/ Não demonstrado

Intervenções de enfermagem:

- Ensinar sobre a doença
- Validar o conhecimento sobre a doença
- Explicar no que consiste a cirurgia e sua finalidade
- Educar para os aspectos de procedimentos no pré, intra e pós-operatório
- Ensinar sobre a marcação do gânglio sentinela e/ou marcação da lesão por arpão
- Educar para os possíveis locais onde poderá permanecer no pós-operatório e suas finalidades
- Ensinar sobre técnica/procedimento: algaliação, punção venosa periférica,...
- Ensinar sobre os exercícios de reabilitação do membro
- Informar acerca das próteses temporárias e vantagens das mesmas
- Informar acerca das próteses definitivas e vantagens das mesmas

1A.1.1.2.1.1.2.1.4 – Preocupação

Preocupação é um tipo de Pensamento com as características específicas: algo que domina e monopoliza o espírito, com exclusão de outros pensamentos, ou estar mentalmente distraído.

Eixos de Classificação dos fenómenos de enfermagem:

Eixo B Juízo: Demonstrado/Não demonstrado

Intervenções de enfermagem:

- Promover a escuta activa
- Promover a expressão de emoções/pensamentos
- Promover apoio emocional
- Promover o envolvimento da família
- Facilitar suporte familiar
- Preparar regresso a casa

1A.1.1.2.1.1.5.7 – Ansiedade

Ansiedade é um tipo de Emoção com as características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da auto-segurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula.

Eixos de Classificação dos fenómenos de enfermagem:

Eixo B: Juízo - Demonstrada/Não demonstrada

Intervenções de enfermagem:

- Promover a escuta ativa
- Promover a expressão de emoções/pensamentos
- Promover apoio emocional
- Promover o envolvimento da família
- Facilitar suporte familiar
- Preparar regresso a casa

1A.1.1.2.1.2.3 – Imagem Corporal

Imagem Corporal é um tipo de Auto-Conceito com as características específicas: imagem mental que cada um tem do seu próprio corpo, de partes do seu corpo e da sua aparência física.

Eixos de Classificação dos fenómenos de enfermagem:

Eixo B: Juízo - Prejudicada

- Conhecimento sobre estratégias de adaptação: Demonstrado/Não Demonstrado

Intervenções de enfermagem:

- Encorajar a pessoa a exprimir o significado da perda
- Encorajar expressão de sentimentos
- Instruir sobre como lidar com a situação
- Elogiar comportamentos de adaptação
- Orientar a pessoa para grupos de apoio
- Educar sobre novos estilos de vida

1A.1.1.2.2.1.1.1 - Autocuidado: Higiene

Auto Cuidado: Higiene é um tipo de Auto-Cuidado com as características específicas: encarregar-se de manter um padrão contínuo de higiene, conservando o corpo limpo e bem arranjado, sem odor corporal, lavando regularmente as mãos, limpando as orelhas, nariz e zona perineal e mantendo a hidratação da pele, de acordo com os princípios de preservação e manutenção da higiene.

Eixos de Classificação dos fenómenos de enfermagem:

Eixo B: Juízo: Dependente

- em grau reduzido (supervisão)
- em grau moderado (parcial)
- em grau elevado (total)
- muito elevado (cuidados especiais)

Eixo E: Topologia

Eixo F: localização anatómica

- Aprendizagem de capacidades para o auto-cuidado - higiene: Demonstrado/Não demonstrado
- Conhecimento sobre hábitos de vida saudáveis - higiene: Demonstrado/Não demonstrado

Intervenções de enfermagem:

- Incentivar para o auto-cuidado: Higiene
- Instruir sobre o auto-cuidado: higiene
- Instruir sobre os cuidados de higiene no domicílio
- Instruir sobre estratégias adaptativas

1A.1.1.2.2.1.1.2 - Autocuidado: Vestuário

Autocuidado: Vestuário é um tipo de Auto-Cuidado com as características específicas: encarregar-se de vestir e despir as roupas e sapatos de acordo com a situação e o clima, tendo em conta as convenções e códigos normais do vestir, vestir e despir a roupa pela ordem adequada, apertá-la convenientemente. (1999)

Eixos de Classificação dos fenómenos de enfermagem:

Eixo B: Juízo: Independente

Dependente

- em grau reduzido (incentivo/orientação/supervisão)
- em grau moderado (necessita de ajuda parcial)
- em grau elevado (necessita de ajuda total)

Eixo E: Topologia

Eixo F: localização anatómica

- Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para assistir no auto-cuidado - vestuário: Demonstrado/Não Demonstrado
- Aprendizagem de habilidades para o auto-cuidado – vestuário: Demonstrado/Não demonstrado
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre o auto-cuidado – vestuário: Demonstrado/Não demonstrado
- Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto-cuidado – vestuário: Demonstrado/Não demonstrado

Intervenções de enfermagem:

- Incentivar para o auto-cuidado: vestuário
- Ensinar acerca do sutiã a utilizar
- Ensinar acerca da técnica de vestir/despir
- Instruir/treinar o vestir/despir
- Ensinar acerca do vestuário adequado
- Dar prótese temporária (na mastectomia)


DESCRIÇÃO DE CONCEITOS DOS TERMOS UTILIZADOS (CIPE, Versão 2, 2011):

- ✍ Calendarizar – planear: fazer um cronograma, por ex. um horário
- ✍ Dar – distribuir: transferir alguma coisa
- ✍ Educar - ensinar: transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém
- ✍ Elogiar – relacionar: expressar aprovação ou admiração por alguém ou alguma coisa

- ✚ Encorajar – apoiar: dar confiança ou esperança a alguém
- ✚ Ensinar – informar: dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde
- ✚ Explicar – tornar alguma coisa compreensível para alguém
- ✚ Incentivar – promover: levar a alguém a actuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém por uma actividade
- ✚ Informar – acção: comunicar alguma coisa a alguém
- ✚ Instruir – treinar: fornecer sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa
- ✚ Orientar – informar: dirigir alguém para uma decisão em assuntos relacionados com a saúde
- ✚ Preparar – executar: fazer com que alguém ou alguma coisa fique pronto
- ✚ Promover – assistir: ajudar alguém a começar ou a progredir nalguma coisa
- ✚ Treinar – instruir: desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa
- ✚ Validar – observar: estabelecer a exactidão, qualidade ou condição de alguma coisa

APÊNDICE 19

Procedimento Sectorial

| | | |
|---|--|--|
|  | PROCEDIMENTO SECTORIAL | |
| | ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ENTRE O NÚCLEO DE SENOLOGIA E SERVIÇOS DE INTERNAMENTO NO PERCURSO DO DOENTE COM CANCRO DA MAMA | |

| | | |
|------------------------|---|---|
| SÉRIE E DATA DE EDIÇÃO | A | APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO |
|------------------------|---|---|

1. OBJETIVOS

- Melhorar a articulação entre os enfermeiros prestadores de cuidados aos doentes com cancro da mama
- Assegurar a continuidade de cuidados aos doentes com cancro da mama, submetidos a intervenção cirúrgica e internada no Serviço de Cirurgia e no Serviço de Ginecologia e Urologia, através da articulação entre os enfermeiros do internamento e os enfermeiros que prestam assistência no Núcleo de Senologia, integrado na Unidade Funcional das Consultas Externas.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Unidade Funcional de Consultas Externas - Núcleo de Senologia, Serviço de Cirurgia Geral e Serviço de Ginecologia e Urologia.

3. DISTRIBUIÇÃO


Publicado em Circular Informativa nº em __/__/____

4. RESPONSABILIDADES

4.1 Pela implementação do procedimento:

| Entidades | Pontos da Descrição |
|--|---------------------|
| Enfermeiro Coordenador do Núcleo de Senologia | 8 |
| Enfermeiros responsáveis pela chefia dos serviços abrangidos | 8 |
| Enfermeiros prestadores de cuidados | 8.2 |

| | | |
|--|--|-----------------------|
| ELABORAÇÃO Enf.ª Dulce Crespo Enf.ª Cecília Raimundo Enf.ª Carla Cristóvão | VERIFICAÇÃO Serviço de Gestão da Qualidade | PRÓXIMA EDIÇÃO |
|--|--|-----------------------|

| | | |
|---|--|--|
|  | PROCEDIMENTO SECTORIAL | |
| | ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ENTRE O NÚCLEO DE SENOLOGIA E SERVIÇOS DE INTERNAMENTO NO PERCURSO DO DOENTE COM CANCRO DA MAMA | |

4.2 Pela revisão do procedimento:

Enfermeiro Coordenador do Serviço de Ginecologia e Urologia

Enfermeiro Coordenador do Serviço de Cirurgia Geral

Enfermeiro Coordenador do Núcleo de Senologia

5. DEFINIÇÕES

Não aplicável.

6. SIGLAS E ABREVIATURAS

CHBM, EPE - Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE;

JCI - Joint Commission International;

MS – Ministério da Saúde


OE - Ordem dos Enfermeiros

PNS – Plano Nacional de Saúde

7. REFERÊNCIAS

- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL – Normas de Acreditação para Hospitais. USA: JCI, 2005.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Código Deontológico. Ordem dos Enfermeiros, 2009.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas (2009) – Requisitos para a Prestação de Cuidados em Oncologia. Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Cuidados de Saúde Hospitalares. Lisboa: DGS, 2010.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2011-2016. A Qualidade no PNS 2011-2016. Lisboa: DGS, 2011a.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Estratégias para a Saúde. Lisboa: DGS, 2011b.

| NORMA | TÍTULO | CRITÉRIOS |
|---------------------------------------|---|-----------|
| <i>Joint Commission International</i> | Acesso a Cuidados e Continuidade de Cuidados | ACC.2 |

| | | |
|---|--|--|
|  | PROCEDIMENTO SECTORIAL | |
| | ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ENTRE O NÚCLEO DE SENOLOGIA E SERVIÇOS DE INTERNAMENTO NO PERCURSO DO DOENTE COM CANCRO DA MAMA | |

Este documento pretende constituir um instrumento orientador na melhoria da qualidade da continuidade de cuidados.

Surge da necessidade de construir respostas organizadas no percurso do doente cirúrgico com cancro da mama, entre os serviços envolvidos na prestação de cuidados na fase operatória.

8. DESCRIÇÃO


8.1 Introdução

De acordo com os padrões de acreditação da *Joint Commission International*, a instituição deve considerar os cuidados que presta como parte de um sistema integrado de serviços, profissionais de saúde e níveis de prestação de cuidados, os quais, no seu conjunto, permitem a continuidade dos cuidados. No âmbito do exercício profissional de enfermagem, garantir a continuidade de cuidados implica trabalhar em parceria com o doente/cuidador e os profissionais envolvidos.

No contexto da articulação de cuidados, devem ser satisfeitas as necessidades de cuidados de saúde através de processos coordenados entre os profissionais. Desta forma garante-se a continuidade da prestação de cuidados na instituição, indo de encontro ao explicitado pela JCI (2005) no padrão ACC.2 “a instituição concebe e implementa processos para proporcionar a continuidade da prestação de cuidados na instituição e para coordenar a prestação entre os profissionais de saúde”, que preconiza que os cuidados prestados ao doente se apresentem sem interrupções, tendo em vista a segurança, a estabilidade e a facilitação do percurso terapêutico. Manter pontos de referência, conceber e implementar processos de continuidade e coordenação de cuidados entre os prestadores de saúde, a existência de um enfermeiro com a responsabilidade no acolhimento do doente na visita pré-operatória e na admissão e a partilha de informação entre os profissionais é premente para um processo de cuidados contínuo.

Assim, perspetiva-se a necessidade de uma assistência integral, individualizada, participativa e continuada, centrada nas necessidades dos doentes, com enfoque no trabalho em equipa, articulação entre os profissionais, eficácia organizacional, liderança e experiência, como única forma de permitir a diferenciação e a multidisciplinaridade. É um conceito-chave no processo assistencial, que requer a coordenação e ininterruptão do serviço, em que os objectivos fundamentais são agilizar e facilitar o percurso e promover a excelência dos cuidados prestados (Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, 2009; PNS 2011-2016, 2011a e 2011b).

Em consonância, o art. 83 do Código Deontológico dos Enfermeiros, relativo ao Direito ao Cuidado, enfatiza que o enfermeiro deve assegurar a orientação da pessoa para outros profissionais de saúde quando o problema ultrapasse a competência profissional e assegurar a

| | | |
|---|---|--|
|  | PROCEDIMENTO SECTORIAL | |
| | ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ENTRE O NÚCLEO DE SENOLOGIA E SERVIÇOS DE INTERNAMENTO NO PERCURSO DO DOENTE COM CANCRO DA MAMA | |

continuidade dos cuidados, desenvolvendo competências e estratégias na transmissão eficaz da situação do doente, com registo das observações e intervenções realizadas (OE, 2009).

Isto reverte-se em benefícios para o doente e enfermeiros, pois promove a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança do doente; facilita a comunicação entre os serviços responsáveis pelos cuidados oncológicos, garantindo a fiabilidade da informação e o conhecimento atempado o doente para a obtenção dos melhores resultados, adequando as respostas; cria condições para a padronização dos procedimentos e uniformiza os processos; melhora a acessibilidade e a eficiência de forma a garantir que cada local onde é prestada assistência ao doente oncológico esteja sempre ao nível dos padrões de qualidade indispensáveis; assegura a satisfação dos profissionais e doentes com prevenção de episódios agudos e readmissões hospitalares (PNS 2011-2016, 2010).


8.2 Operacionalização

Os doentes do Núcleo de Senologia são internados nos Serviços de Internamento de Ginecologia e Urologia e no Serviço de Cirurgia Geral, para cirurgia a cancro da mama.

Neste contexto, é necessário garantir a continuidade de cuidados através da articulação e coordenação das actividades entre prestadores de cuidados. No âmbito do processo de prestação de cuidados de enfermagem, devem ser adoptados os procedimentos que a seguir se descrevem:

8.2.1 Doente do Núcleo de Senologia, para internamento no Serviço de Ginecologia e Urologia / Serviço de Cirurgia Geral.

- Os doentes deslocam-se ao internamento, para visita pré-operatória, acompanhadas do Enfermeiro do Núcleo de Senologia, no dia previamente agendado com os respetivos serviços de internamento;
- Há um Enfermeiro no serviço de internamento responsável pelo acolhimento: Enf.^a Patrícia Mourato (Serviço de Cirurgia Geral) e Enf.^a Isabel (Serviço de Ginecologia e Urologia);
- O Enfermeiro do Núcleo de Senologia é responsável pelo transporte e entrega do Processo de Enfermagem de Senologia no dia da visita pré-operatória, ao Enfermeiro responsável pelo acolhimento. O processo vai em envelope fechado, com etiqueta identificativa do doente;
- No processo de Enfermagem deverá constar:
 - Motivo de Consulta
 - Medicação atual
 - Antecedentes pessoais (ginecológicos, obstétricos, mamários, intervenções cirúrgicas)
 - Antecedentes familiares oncológicos

| | | |
|---|---|--|
|  | PROCEDIMENTO SECTORIAL | |
| | ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ENTRE O NÚCLEO DE SENOLOGIA E SERVIÇOS DE INTERNAMENTO NO PERCURSO DO DOENTE COM CANCRO DA MAMA | |

- Avaliação das actividades de vida diária
- Notas de evolução de enfermagem de Senologia
- *Checklist* de ensino e aconselhamento, com as intervenções de enfermagem realizadas no Núcleo de Senologia
- É feita uma transmissão oral de informação relevante entre o Enfermeiro do Núcleo de Senologia e o Enfermeiro responsável pelo acolhimento do Internamento, que inclui:
 - Informação que o doente possui acerca do estado de saúde e intervenção cirúrgica
 - Ensinos já efetuados
 - Resumo e resposta do doente aos cuidados prestados
- O Enfermeiro responsável pelo acolhimento do internamento recebe o doente e faz o acolhimento ao serviço, com entrega do respetivo Guia de Acolhimento;
- O processo de Enfermagem de Senologia é agregado ao processo de internamento do doente, aquando da sua admissão para cirurgia;
- A *checklist* de ensino deve ser actualizada durante o internamento do doente.

8.2.2 Doente com alta do Serviço de Ginecologia e Urologia / Serviço de Cirurgia Geral, encaminhado para Consulta de Enfermagem no Núcleo de Senologia.

- O enfermeiro do internamento regista no momento da alta do doente, na Carta de Articulação:
 - Cirurgia realizada e data
 - Evolução clínica do doente (física e psicológica)
 - Descrição do último penso realizado
 - Data do próximo penso a ser realizado em ambulatório
 - Diagnósticos e intervenções de enfermagem realizadas
 - Intercorrências durante o internamento
 - Outra informação considerada relevante para a continuidade de cuidados
- A *checklist* e a Carta de Articulação são entregues ao doente, em envelope fechado, para entregar ao Enfermeiro do Núcleo de Senologia, no dia da alta, de modo a proceder à marcação do penso em ambulatório.

9. INDICADORES

- Número de incumprimentos no período de dois meses.

10. ANEXOS

Não aplicável.

APÊNDICE 20

Folha de Avaliação Inicial de Enfermagem

CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SENOLOGIA

Folha de avaliação inicial

Nº. Inscrição .2012

Processo n.º

Idade: _____ Raça: _____ Estado civil: _____

Profissão: _____

Religião: _____

Centro de Saúde: _____ Médico: _____

Acompanhante: _____

PESSOA SIGNIFICATIVA

Nome: _____

Parentesco: _____ Contacto: _____

MOTIVO DE CONSULTA

TERAPÊUTICA DE AMBULATÓRIO

Alergias medicamentosas _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

| | |
|----------------------------|----------------------|
| HTA | <input type="text"/> |
| Doenças endócrinas | <input type="text"/> |
| Doença cardio-vascular | <input type="text"/> |
| Doença músculo-esquelética | <input type="text"/> |
| Doença neurológica | <input type="text"/> |
| Doença psiquiátrica | <input type="text"/> |
| Doença respiratória | <input type="text"/> |
| Doença ginecológica | <input type="text"/> |
| Doença aparelho urinário | <input type="text"/> |
| Doença gastrointestinal | <input type="text"/> |
| Outras | <input type="text"/> |

INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS

não ☐ sim ☐

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

ANTECEDENTES MAMÁRIOS

Mastites

não ☐ sim ☐ n°. idade duração
MD ☐ ME ☐ contexto
tratamento

Corrimento mamário

não ☐ sim ☐ idade duração
MD ☐ ME ☐ tratamento

características

| | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|-----------------------------------|
| uniporo <input type="checkbox"/> | multiporo <input type="checkbox"/> | seroso <input type="checkbox"/> | hemático <input type="checkbox"/> |
| purulento <input type="checkbox"/> | lácteo <input type="checkbox"/> | castanho/esverdeado <input type="checkbox"/> | |

Traumatismo mamário

não ☐ sim ☐ n.º. _____ idade _____

MD ☐ ME ☐ contexto _____

tratamento _____

aspecto da mama _____

Doença mamária benigna

FAD MD ☐ ME ☐ idade _____

tratamento _____

quisto MD ☐ ME ☐ idade _____

tratamento _____

outros _____ MD ☐ ME ☐ idade _____

tratamento _____

Neoplasia mamária

não ☐ sim ☐ idade _____

MD ☐ ME ☐ tratamento cirúrgico _____

tratamento _____

Mastalgia

não ☐ sim ☐



características

MD ☐ ME ☐ duração _____

aguda ☐ crónica ☐

contínua ☐ intermitente ☐

picada ☐ ardor ☐ repuxamento ☐

tratamento _____

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

idade da menarca _____ anos

duração do ciclo menstrual _____ dias

duração da hemorragia menstrual _____ dias

Contracepção hormonal

não ☐ sim ☐ anos de uso _____ ano de termino _____

Menopausa

não ☐ sim ☐ idade _____

Terapêutica hormonal de substituição

não ☐ sim ☐ anos de uso _____ ano de termino _____

História de Infertilidade

não ☐ não desejou engravidar ☐
sim ☐ infert. < 6anos _____ infert. > 6anos _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

índice obstétrico _____
idade 1ª para _____
interrupção gravidez 1ºt ☐ 2ºt ☐ 3ºt ☐
amamentação não ☐ sim ☐
Duração _____
razão de interrupção _____

ANTECEDENTES FAMILIARES ONCOLÓGICOS

Mamários

| | |
|-------|--|
| Mãe | |
| Avó | |
| Irmã | |
| Tia | |
| Prima | |
| | |

(materno/paterno, grau de parentesco, cirurgia e tratamento)

Outros

MANTER AMBIENTE SEGURO

vive só ☐ vive com _____

apoios no domicílio: _____

COMUNICAÇÃO

estado de consciência

consciente ☐ orientado ☐
confuso ☐

atitudes face à doença

calmo ☐ confuso ☐ agressivo ☐
ansioso ☐ apático ☐ deprimido ☐

verbal

perceptível sim ☐ não ☐
comunicativo sim ☐ não ☐
coerente sim ☐ não ☐

acuidade auditiva

boa ☐ deficiente ☐ nula ☐

acuidade visual

boa ☐ deficiente ☐ nula ☐

RESPIRAÇÃO

eupneico ☐ dispneico ☐

tensão arterial _____mmHg pulso ____ppm

coloração da pele e mucosas

coradas ☐ cianose ☐ pálida ☐ ictérica ☐

fuma não ☐ sim ☐ n.º cigarros/dia _____ anos _____

cessação tabágica _____

ALIMENTAÇÃO

independente ☐

dependente ☐ grau reduzido ☐ _____
grau moderado ☐ _____
grau elevado ☐ _____

altura _____ m peso corporal _____ kg

variações de peso não ☐ sim ☐ _____

tipo de dieta _____ n.º de refeições/dia _____

ELIMINAÇÃO

vesical

regular ☐
anúria ☐ urgência urinária ☐ Incontinência { de esforço ☐
hematúria ☐ poliúria ☐ { mista ☐
disúria ☐ polaquiúria ☐ retenção urinária ☐

algaliação tipo _____ número _____ data _____

intestinal

regular ☐
obstipação ☐ diarreia ☐ melenas ☐
rectorragias ☐ incontinência ☐ polaquiúria ☐

utiliza medicação não ☐ sim ☐ _____

ostomia tipo _____ definitiva ☐ temporária ☐

MOBILIZAÇÃO

independente ☐

dependente ☐ grau reduzido ☐ _____
grau moderado ☐ _____
grau elevado ☐ _____

tónus muscular

mantido ☐ alterado ☐ causa: _____

suportes de mobilização

andarrilho ☐ canadianas ☐ cadeira de rodas ☐ maca ☐

CONTROLE DA TEMPERATURA CORPORAL

normotermia ☐ hipertermia ☐ hipotermia ☐

HIGIENE PESSOAL

independente ☐

dependente ☐ grau reduzido ☐ _____
 grau moderado ☐ _____
 grau elevado ☐ _____

aspecto cuidado sim ☐ não ☐

pele

íntegra ☐ húmida ☐ seca ☐

EXPRESSÃO SEXUAL

com alterações ☐ sem alterações ☐

SONO E REPOUSO

alterações não ☐ sim ☐ _____

n.º horas de sono: _____ horas

utiliza medicação não ☐ sim ☐ _____

MORTE

o utente verbaliza os sentimentos em relação à morte

sim ☐ não ☐

expressões utilizadas

Médico assistente: _____

Enfermeira: _____

Data: _____

